Rok XLVII. Kraków, dnia 9. maja 1908 Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o samozatruciu z przewodu pokarmowego.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

Wśród rozwoju nauki o zakażeniach utrwaliło się i rozpowszechniło zapatrywanie, że zakażenie jako takie jest wprawdzie bezpośrednią przyczyną choroby, ale samo przez się nie tworzy jeszcze całego jej obrazu, że obraz jej, objawy i przebieg zależą w znacznym stopniu od działania jadów, powstających w chorym ustroju skutkiem rozmnażania się bakteryi, a więc są wyrazem zatrucia.

Nadanie zatruciom zakaźnym znaczenia pierwszorzędnego, niekiedy prawie wprost samoistnego czynnika etyologicznego dla powstawania istotnych objawów ostrych chorób zakaźnych, a w wyższym jeszcze stopniu niektórych chorób przewlekłych, rozwijających się jako bezpośrednie następstwo zakażenia, pociągnęło za sobą dalsze skutki: Wprowadziło w zakres pojęć etyologicznych pojęcie samozatrucia. Jest ono wypływem logicznej ewolucyi myśli. Jeśli w danym wypadku nie można udowodnić, że nieprawidłowy stan ustroju ma swoje źródło w działaniu czynników, które dostały się do niego z zewnątrz, albo, mówiąc wyraźniej, jeśli nie można uzasadnić zakażenia z zewnątrz, a jednak objawy i przebieg choroby noszą znamiona bliskiego powinowactwa z przebiegiem i objawami, spostrzeganymi w toku zatruć zakaźnych, to prostem jest przypuszczenie, że ciała trujące powstały w samym ustroju, że ustrój zatruł sam siebie.

Takie, jak powyższe, rozumienie pojęć etyologicznych prowadzićby musiało do bardzo ścisłego ograniczenia zakresu chorób z samozatrucia i do określania tem mianem tylko takich przypadków. w których istota trująca powstała wyłącznie skutkiem działania bakteryi, znajdujących się stale w ustroju, w zwykłych warunkach nieszkodliwych, a nabierających własności jadowitych z dalszemi następstwami pod wpływem wyjątkowych, nie zawsze jednakich, nie poznanych zresztą jeszcze dokładnie czynników. W ustroju ludzkim znajdują się bakterye stale w narządzie pokarmowym, — inne nie wchodzą w tej chwili w rachubę; narząd pokarmowy byłby w obec tego jedynem źródłem dla powstawania jadów i dla zatruć, a nazwa samozatrucie określałaby nie tylko chorobę, ale i jej pochodzenie.

Patologia wyszła jednak po za to ciaśniejsze pojęcie i zatoczyła dla samozatruć granice o wiele szersze. Albu, autor obszernej monografii tej sprawy, określa samozatrucie w następujących słowach: »Autointoxication ist eine Vergiftung des Organismus durch die Produkte des eigenen Stoffwechsels, die entweder normale aber in übergrosser Mange angehäufte, oder anormale sein können, unter denen man wiederum solche zu unterscheiden hat, welche sonst im Körper einer weiteren Umsetzung unterliegen und solche, welche in gesundem Organismus überhaupt nicht oder nur in sehr geringen Mengen gebildet werden«.

Powyższe określenie oddaje wcale ściśle współczesne nasze pojęcia o samozatruciu. Ale definicya nie jest najtrudniejszą rzeczą. O wiele trudniej przychodzi oceniać krytycznie to, co w praktycznem życiu lekarskiem wymaga głębszego zastanowienia się i przedmiotowego ocenienia, zwłaszcza, gdy chodzi o pochodzenie niejasnych spraw, o ich etyologię. Spraw takich mamy jeszcze nie mało w patologii, więc nierzadko uledz można pokusie i szukać wytłomaczenia, bez dostatecznych dowodów, w istnieniu samozatrucia.

We Francyi, skąd za sprawą Boucharda i jego uczniów, wyszło to nowe pojęcie patologii, potem we Włoszech, w części w Ameryce, zyskał ów prąd taki wprost nienaturalny rozpęd, że działaniem jadów własnego ustroju tłomaczono bardzo wiele chorób, a tłómaczenie opierano na podstawach raczej wyrozumowanych tylko, i to nie zbyt ściśle i sumiennie. Dla przykładu wskazać tu można włoskiego dermatologa Tommasolliego, który całą patologię skóry zaprawił pojęciami samozatrucia i stworzył zupełnie nowy podział chorób skóry, oparty na tych pojęciach. Ale nawet tak zresztą trzeźwy klinicysta, jak Albu, oceniający bądź co bądź bez zbytniej przesady sprawę samozatrucia ze stanowiska ogólnego, dał się jednak w szczegółach unieść pewnemu optymizmowi i nazbyt pochopnie szeregował niektóre jednostki chorobowe w szemacie samozatruć.

Brak wszelkiej miary u jednych, za mało ścisłości u drugich sprowadzić musiały odruch krytycznych umysłów, żądających słusznie, aby nowe poglądy oparły się o realniejsze podstawy, a nie szły za daleko w teoretycznych rozumowaniach. Odruch ten przekroczył wreszcie właściwą

miarę, bo z niewiarą przyjmował wszystko i to nawet, co wprawdzie nie miało w myśl wymagań doświadczalnej patologii patentu ścisłości pracownianych badań, ale, ze stanowiska klinicznego brane, przynosiło trzeźwe i sumienne spostrzeżenia. Wyrazem surowej, prawie że bezwzględnej krytyki, kładącej nacisk przedewszystkiem na braki doświadczalne w nauce o samozatruciu, był między innymi referat Müllera na XVI. zjeździe internistów niemieckich w Wiesbadenie w r. 1898. Kończy on się słowami: »Ueberblicken wir die Summe der gesicherten Ergebnisse, welche das Studium der intestinalen Autointoxicationen bisher erbracht hat, so ist das Resultat beschämend gering, aber das ist wohl nicht ohne Werth, wenn wir uns hin und wieder über die Lücken in unseren Kenntnissen ehrliche Rechenschaft ablegen, denn das ist der beste Weg zu wirklichen Fortschritten«.

Ocena i sąd ostateczny Müllera opierały się wtedy wyłącznie prawie na wynikach badań chemicznych. Chcąc sprawę samozatrucia oświetlić z tego stanowiska, trzeba sięgnąć do prac, zajmujących się poznaniem związków chemicznych, które powstają przy gnilnym rozpadzie białka, objętych przez Selmiego, zasłużonego na tem polu badacza włoskiego, wspólną nazwą alkaloidów gnilnych (Kadaveralkaloide), albo, co powszechniej jest znane, ptomatynów. Pierwsza nazwa wskazuje na powinowactwo tych ciał ze związkami, pochodzącymi z roślin, z alkaloidami roślinnymi, druga określa poniekąd sposób powstawania przy gniciu tkanek zwierzęcych.

Właściwy rozwój badań ptomatyn związany jest ściśle z nazwiskiem Briegera, który nietylko podał nowy sposób ich otrzymywania, ale i sam skrzętnie zajmował się poszukiwaniami w tym zakresie.

Ze stanowiska klinicznego zasługuje na większą uwagę kilka z tych połączeń. Należą do nich najpierw kadaweryna i putrescyna, wykryte przez Briegera, a potem znajdowane i przez innych badaczy, o tyle ważne, że otrzymywano je także z moczu chorych na skazę cystynową (*cystinuria)*. Własności jadów w ścisłem tego słowa znaczeniu nie mają. Nie ma ich także cholina, składnik lecytyny, rozpowszechniona wobec tego w ustroju ludzkim i zwierzęcym. Znaczenie choliny jest jeszcze o tyle większe, że z dalszej jej przemiany chemicznej powstają ciała silnie trujące: neuryna i muskaryna. Są to już typowe toksyny, względnie toksalbuminy, jeśli za pomocą wyrażenia określić chcemy ich pochodzenie z ciał białkowatych. Do rzędu toksyn należy także, jako wytwór rozpadu białka, peptotoksyna, składnik niektórych peptonów, otrzymana przez Briegera przez trawienie włóknika w sztucznym soku żołądkowym. Własności trujące posiada dalej metylguanidyna, alkaloid, znajdujący się w mięsie końskiem, ulegającem gniciu, a zawdzięczający swe powstanie, jak sądzi Brieger, rozpadowi kreatyniny. Z tego powodu wspominamy tu o nim. Mimochodem uczynić jeszcze można wzmiankę o ciekawych badaniach Briegera, których przedmiotem były trujące, jakkolwiek świeże, niezepsute, ostrygi z Wilhelmshafen. Doprowadziły one do wykrycia silnej trucizny, nazwanej mitylotoksyną.

Dalszym poniekąd ciągiem prac o ptomatynach są badania jadów, powstających w hodowlach najrozmaitszych chorobotwórczych bakteryi. Zawdzięczamy im wykrycie całego szeregu toksyn bakteryjnych, jak toksyny durowe, gruźlicze, tężcowe, ropne, wąglikowe, choleryczne i w. in.

Wynikiem znów tych odkryć były poszukiwania takich samych jadów w narządach zakażonego ustroju, uwieńczone również pomyślnym skutkiem. Znaleziono je w ośrodkowym układzie nerwowym w toku wścieklizny i tężca, Hoffa wykrył je w przebiegu doświadczalnego zakażenia ropnego u królików, Brieger i Fraenkel w narządach zwierząt, które zginęły na wąglika i t. d. Wszystko to jest związane bardzo ściśle z dotychczasowemi naszemi zdobyczami naukowemi o zakażeniach i zatruciach zakaźnych, o ciałach trujących i o biologicznych odtrutkach. Na nich to opiera się tak ważny dział medycyny klinicznej, jak seroterapia i serodyagnostyka, po którego rozwoju i wydoskonaleniu oczekujemy wielkich praktycznych korzyści.

I w tych przypadkach, gdzie przypuszczano, że choroba jest następstwem działania jadów, powstałych w ustroju bez poprzedniego zakażenia, a więc w przypadkach samozatrucia, silono się o wykrycie trucizn i uzasadnienie w ten sposób etyologicznego znaczenia samozatrucia. Na szeroką skalę zajmował się temi badaniami Bouchard i cała jego szkoła. W początkach ograniczały się one do poznawania trujących własności moczu i doprowadziły do powstania pojęcia t. zw. współczynnika jadowitości moczu. Rozumiał przez to określenie Bouchard liczbę, oznaczającą w wadze metrycznej tę część wagi zwierzęcia, do której zatrucia wystarcza dobowa ilość moczu, wydzielonego przez 1 kilogram wagi ciała badanej osoby. Jeśli n. p. do zatrucia królika, ważącego 3 klgr., potrzeba 60 ctm^3 moczu, ilość moczu wynosiła na dobę 1,200 ctm^3, a chory ważył 60 klgr. wtedy współczynnik jadowitości tego moczu oznacza cyfra 0,25.

Według badań Boucharda waha się ów współczynnik u zdrowych między 0,4 a 0,5, u chorych wynosić może nawet 0,1.

Jakkolwiek metoda francuskiego klinicysty nie mogła sobie rościć prawa do wielkiej ścisłości, to jednak zajmowano się nią dość powszechnie, przynajmniej tak długo, dopóki na jej miejsce nie wstąpiły dokładniejsze, chemiczne badania, poświęcone wykryciu przypuszczalnego jadu moczu prawidłowego, owej hipotetycznej urotoksyny fizyologicznej, wskazanej przez Boucharda. Na szerszą skalę zajmowali się takiemi chemicznemi badaniami przedewszystkiem Brieger i Albu. Ale usiłowania ich pozostały bezowocne. W moczu ludzi zdrowych nietylko nie udało im się wykryć trujących połączeń, ale nawet nie mogli potwierdzić wyników Boucharda co do trujących własności moczu jako takiego. Brieger nie przeczy zresztą bynajmniej, że ustrój może wydzielać drogą nerek ciała trujące, lecz, że te ciała opuszczają ustrój w postaci złożonej, jako związki zobojętnione. Wskazuje przytem na podwójne sole kwasu siarkowego i glikuronowego, które opuszczają ustrój w moczu, jako połączenia zupełnie już nieszkodliwe i widzi w tem podobiznę przypuszczalnych innych związków.

(C. d. n.)

Nowsze poglądy na ośrodki mowy.

(Rewizya sprawy niemoty).

Podał

Dr Maksymilian Blassberg

sekundaryusz szpitala św. Łazarza w Krakowie.

(Dokończenie.)

Podobne zapatrywanie wygłasza Marie o tzw. czystej ślepocie wyrazowej, t. j. tak zwanej aleksyi czyli utracie zdolności czytania. Dejerine upatruje dla niej ognisko w zakręcie kątowym *(pli courbe)*. W zakręcie kątowym dopatruje się Dejerine ośrodka dla obrazów wzrokowych wyrazów, a powstanie aleksyi tłómaczy przez przerwanie włókien, łączących obustronne ośrodki wzrokowe z ośrodkiem, leżącym w zakręcie kątowym. Marie uznaje istnienie klinicznej ślepoty wyrazowej, bo jakkolwiek czystą i niepowikłaną aleksyę nader rzadko napotykamy, to jednak u pewnych chorych bywają zaburzenia w czytaniu, które choć może nie są wyłączne, ale mogą wybitnie górować w obrazie chorobowym. Natomiast przeczy Marie istnieniu ośrodka dla obrazów wzrokowych słownych, analogicznego do wrzekomego ośrodka zmysłowego słuchowego. Już sam fakt, że czytanie jest czynnością, rozpowszechnioną dopiero od krótkiego czasu wśród ludzi, bo zaledwie w niewielkiej liczbie pokoleń, czyni nieprawdopodobnem istnienie odrębnego i samodzielnego ośrodka dla czytania. Powstawanie aleksyi tłómaczy Marie nie odrębnym ośrodkiem, lecz zajęciem części mózgu, dotykającej równocześnie białej substancyi okolicy mowy i włókien wzrokowych. Jest to okolica na podstawie mózgu, zasilana przez tętnicę mózgową tylną (*arteria cerebralis posterior)* w okolicy płatów językowatego i wrzecionowatego (*lobus lingualis et fusiformis*). Od wielkości zajętego obszaru zależą różne odcienie i kombinacye objawów. To może nam tłómaczyć pewne przypadki czystej aleksyi z nienaruszoną inteligencyą. Marie kładzie silny nacisk na to, że wszelkie kliniczne zaburzenia mowy raczej należy łączyć z zaburzeniami i topografią naczyń krwionośnych mózgowych, aniżeli zakrętów.

Co się tyczy niemoty ruchowej podkorowej, czyli niemoty czystej, to pojęcie to stworzył Lichtheim, a we Francyi głównie rozwinął je Dejerine. Według niego zwój Brocai przy tej postaci niemoty jest nietknięty, a zajęte są włókna łączące zwój Brocai z jądrami opuszki, przeznaczonemi do wprowadzania w ruch mechanizmu mowy.

Klinicznie zaburzenia te są podobne do zaburzeń w niemocie korowej Brocai. Bardzo często obraz chorobowy bywa bardzo wybitny, a choremu wręcz brak wszystkich wyrazów, oprócz kilku zgłosek. Taksamo są przytem zaburzenia w czytaniu na głos i w powtarzaniu słów słyszanych. Chory z niemotą podkorowa zna jednak wyrazy i ich skład, bo potrafi naprzykład podnieść rękę tyle razy, ile zgłosek jest w wyrazie. Pismo dowolne i pod dyktatem oraz czytanie w myśli (mentale) jest zachowane. Istotą zatem tej niemoty jest niemożność artykulacyi dźwięków we wszystkich postaciach.

Marie godzi się na całokształt klinicznego obrazu tego cierpienia, lecz zarzuca zupełnie przyjętą dotąd lokalizacyę anatomiczną. Idąc w tym względzie za poglądami Pitresa z Bordeaux uważa on ten obraz chorobowy za anartryę, a anartryę zupełnie oddziela od niemoty właściwej.

Według dotychczasowych pojęć, których przedstawicielem jest Dejerine, niemota ruchowa różni się od anartryi tem, że w niemocie ruchowej zajęty jest zakręt Brocai (niemota ruchowa korowa Brocai), lub włókna od zakrętu tego wychodzące (niemota ruchowa podkorowa czysta), a przy anartryi ośrodki mowy i włókna dowodzące i odwodzące są zupełnie wolne i niezajęte, natomiast istnieje trudność mówienia czysto mechaniczna, polegająca na niemożności artykulacyi, t. j. na porażeniu narządu ruchowego mechanicznego, a zatem mięśni mowy. Anartrya więc według Dejerinea jest porażeniem narządów fonacyi: języka, warg, podniebienia miękkiego, gardła, krtani i t. p.

Zapatrywanie to zwalcza Marie. Według niego pojęcie niemoty właściwej należy wogóle odróżnić od anartryi. Niemota właściwa bowiem polega według niego na utracie odpowiedniej intelektualnej zdolności, potrzebnej do zrozumienia mowy, oraz na utracie zdolności do czytania i pisania. Afazyi właściwej nie cechuje bynajmniej niemożność zupełna mówienia lub zła mowa. Anartrya zaś nie pokrywa się według Mariego z pojęciem niemoty, ale też nie z pojęciem porażenia narządu mechanicznego mowy, lecz jest zaburzeniem czynności samej, polegającem na złem kojarzeniu ruchów mowy, analogicznem np. do ataksyi lub atetozy. Przykładem tego zaburzenia jest np. jąkała, który nie jest dotknięty porażeniem narządów mowy, ani nie cierpi na afazyę. Co zaś do siedziby ośrodków dla anartryi, to Marie przyjmuje ją w jądrach środkowych (centralnych) mózgu. Według niego siedzibę strony ruchowej mowy należy przyjąć w okolicy »*corpus lenticulo striatum*« mózgu. Pewne zaburzenia tej okolicy dadzą według niego obraz anartryi, inne znowuż zaburzenia będą dawały obraz porażenia wrzekomo-opuszkowego. W ogóle uważa on okolicę jądra soczewkowatego (*la zone du noyau lenticulaire*) za ośrodek anartryi.

Z powyższego tedy wynika, że z trójki niemot czystych czyli podkorowych Marie zarzuca zupełnie klasyczne pojęcie głuchoty wyrazowej i niemoty ruchowej czystej, a przyjmuje tylko czystą ślepotę słowną, którą jednak tłómaczy odmiennie na swój sposób.

Marie nie poprzestaje na dowodach klinicznych, lecz dołącza dowody historyczne. W muzeum Dupuytrena dla historyi medycyny znajdują się półkule mózgowe z pierwszych dwóch przypadków Brocai, złożone tamże przez Brocaę i do dziś dnia dość dobrze zachowane, ponieważ nie są w głąb pokrajane. Na podstawie tych preparatów oraz opisów pozostałych po Broce stwierdza Marie, że w pierwszym przypadku znajduje się w mózgu wybitne ognisko rozmięknienia wzdłuż terytoryum bruzdy Sylwiusza, zakrętu nadbrzeżnego, oraz w okolicy Wernickego, a zatem w myśl teoryi Mariego, w drugim zaś przypadku brak ogniskowej zmiany w trzecim zakręcie czołowym, a co najwyżej stwierdza się pewną smukłość budowy tego zakrętu, zależną od starczego zaniku mózgu, i nie za afazyę, lecz za otępienie starcze uważaćby ten przypadek należało. Dziwną jest rzeczą, że teorya Brocai, oparta na spostrzeżeniach bardzo niedostatecznych i powierzchownych, mogła się stać bez dostatecznej kontroli dogmatem naukowym.

Przypadek kliniczny niemoty, połączony z objawami ogniskowymi mózgowymi, który się przy autopsyi okazał zanikiem kory mózgowej, miałem i ja sposobność spostrzegać na oddziale wewnętrznym (prym. Radcy Dra Krokiewicza) w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Dotyczył on 32-letniej chorej A. S., żony urzędnika prywatnego, u której oprócz afazyi było za życia porażenie połowicze prawej strony ciała, a nadto skojarzone zboczenie (*deviatio conjugata)* gałek ocznych w stronę lewą. Sekcya, wykonana w zakładzie anatomiczno-patologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego przez Doc. Dra Glińskiego stwierdziła: *Ependymitis granulosa. Hydrocephalus internus chronicus. Atrophia praecox cerebri.*

Nowe i oryginalne twierdzenia Mariego o ośrodkach mowy, które rzucają zupełnie nowe światło na tę sprawę, podzieliły uczonych francuskich na dwa obozy, tj. na przeciwników i zwolenników zapatrywań Mariego. Wybitnym, a zarazem zaciętym przeciwnikiem nowych poglądów jest profesor paryskiej Salpetrière, Dejerine, jeden ze starszych neurologów francuskich.

Przeciwko wywodom Mariego wystąpił on na łamach pisma »Présse médicale«. Przytacza on własne spostrzeżenia przypadków, w których stwierdził czystą niepowikłaną

afazyę czuciową. Ubytek inteligencyi jest zdaniem jego raczej następstwem zaniku obrazów mowy, a zatem skutkiem, a nie przyczyną. Dowodem tego, że naruszenie inteligencyi nie jest istotą afazyi, jest fakt, że o ile chory, dotknięty tem cierpieniem, zostaje wyleczony, to i inteligencya w zupełności powraca do stanu pierwotnego. Jeżeli afazya polegać ma tylko na ubytku inteligencyi, a nie na zmianie w obrazach mowy, tj. na ubytku obrazów czuciowych mowy, to dlaczego — zapytuje Dejerine — ten ubytek psychiczny u władających prawą ręką (*les droitiers*) pojawia się tylko przy zajęciu terytoryum mowy w półkuli lewej, a u mańkutów w następstwie zmian w półkuli prawej? Wszak u mańkutów prawa półkula niema wyłącznego związku z inteligencyą i odwrotnie. Gdyby ubytek intelektualny grał tu główną rolę, tobyśmy afazyę czuciową napotykali w różnych rodzajach niedołęstwa umysłowego, a zwłaszcza w porażeniu postępowem, co jednak nie odpowiada spostrzeżeniom i rzeczywistości.

Co do niemoty ruchowej, to spostrzeżenie, że u chorego władającego prawą ręką wystąpić mogło zniszczenie zwojów Brocai, mimo braku objawów afazyi niczego według Dejerinea nie dowodzi, bo w tych przypadkach chodzić może albo o jednostki wprawne oburęcznie (*ambidextri*) albo też może istnieć zastępcze spełnianie czynności przez zakręt równorzędny drugiej półkuli. Taksamo nie można zdaniem Dejerinea przeczyć znaczeniu zwoju Brocai opierając się na fakcie, że może istnieć niemota przy nienaruszonym zakręcie, bo związek z resztą półkuli może być zniszczony. Badanie tedy tylko zmian gołem okiem widocznych nie wystarcza. Według dzisiejszego stanu rzeczy co najwyżej trudno twierdzić, że narząd mowy sadowić należy wyłącznie i jedynie w trzecim zakręcie czołowym lewym, bo jakkolwiek taka siedziba jest prawdopodobna, to jednak nie została niezbicie udowodniona. W każdym razie jednak ta okolica odpowiada ruchowej stronie mowy z wyłączeniem bezwzględnem płatu skroniowego. Dejerine zbija zapatrywanie Mariego, jakoby niemota Brocai była tylko niemotą Wernickego z ograniczeniem zasobu słownego. Według niego zaburzenia czuciowe mowy, o ile się zdarzają u dotkniętego niemotą Brocai mają, charakter zupełnie odmienny i różny od niemoty Wernickego. Przedewszystkiem w niektórych przypadkach brak przy niemocie ruchowej zupełnie ślepoty wyrazowej, niekiedy znowuż zjawia się ona tylko w początkach cierpienia, nie będąc wcale wybitną i nie towarzyszy stale niemocie ruchowej, lecz znika z czasem zupełnie lub prawie doszczętnie. Nie jest to właściwa ślepota wyrazowa, lecz tylko pewna trudność w zrozumieniu dłuższych zwrotów, szybko wygłoszonych. Istnieją nadto według Dejerinea przypadki niemoty Brocai, w których zdolność pisania, a w następstwie i mowa wewnętrzna (*le langage interieur*) są nienaruszone.

Twierdzenie Mariego, jakoby afazya ruchowa była tylko niemotą czuciową, połączoną z anartryą, mogłoby mieć według Dejerinea uzasadnione tylko wtedy, gdyby było dowiedzione na przypadkach niemoty Brocai bez zajęcia zakrętu czołowego, a z wyłącznem zajęciem okolicy skroniowo-potylicznej i jądra soczewkowatego. Nadto niema podstawy do utożsamiania niemoty ruchowej z anartryą, bo przy niemocie ruchowej brak porażenia mięśni, stanowiących mechanizm mowy, która cechuje anartryę i dysartryę.

Na poparcie swoich twierdzeń przytacza Dejerine przypadek F. Bernheima i Ladamea z typową czystą niemotą Brocai, utrzymującą się przez szereg lat, bez niemoty czuciowej, z zupełnie zachowaną inteligencyą i bez porażeń narządu mechanicznego mowy. Autopsya stwierdziła zajęcie zakrętu Brocai oraz w głąb białej substancyi mózgu. Jądra środkowe (centralne), a w szczególności jądro soczewkowate, jak również torebka wewnętrzna i okolica czuciowa Wernickego były nienaruszone.

(Przeciwko temu tłómaczeniu przypadku Ladamea zastrzegł się sam Ladame, uważając dotychczasowe jego ogłoszenie za niedostateczne do wysnuwania wniosków naukowych przedwczesnych. Co do drugiego przypadku Ferdynanda Bernheima przechodzi Marie dokładnie opis choroby i wywodzi, że przypadek ten klinicznie i anatomicznie przedstawiał się w myśl pojęcia Mariego jako afazya czuciowa, połączona z anartryą, tj. był obrazem dawnej niemoty Brocai. Sam Bernheim również zaznacza że w przypadkach, spostrzeganych przez niego, zajęcie kory i części podkorowych było zbyt rozległe, aby mogło przemawiać na korzyść lokalizacyi Brocai).

Z neurologów niemieckich uważa Ziehen podnoszone przez Mariego argumenty, przemawiające przeciw znaczeniu okolicy Brocai, za nieuzasadnione.

Z drugiej strony atoli pojawiają się spostrzeżenia i zapatrywania innych autorów, dowodzące słuszności twierdzeń Mariego.

I tak przedstawił Souques w paryskiem »Société médicale des hopitaux« przypadek aleksyi, względnie czystej ślepoty wyrazowej, zakończony śmiercią i autopsyą, w którym zajęte było w mózgu terytoryum tętnicy mózgowej tylnej i który w zupełności odpowiadał lokalizacyi według Mariego. W temże samem towarzystwie Moutier przedstawił i opisał przypadek, przemawiający za zapatrywaniami Mariego. U chorego, który miał za życia objawy afazyi Brocai, połączonej z porażeniem prawej połowy ciała, stwierdzono po śmierci rozmięknienie tylnej połowy trzeciego zakrętu czołowego i zakrętu nadbrzeżnego, które w głąb obejmowało ośrodek owalny (*centrum ovale*), leżący pod trzecim zakrętem czołowym i całą wyspę i torebkę zewnętrzną aż do otoczki jądra soczewkowatego *(putamen)*. Jądro soczewkowate było zajęte w swojej tylnej części. Uszkodzenie substancyi białej rozciągało się ku tyłowi do płatu skroniowego. Przypadek ten stanowi potwierdzenie zdania Mariego, że afazya Brocai jest kombinacyą anartryi czystej, t. j. uszkodzenia okolicy jądra soczewkowatego, z afazyą, t. j. uszkodzeniem okolicy Wernickego. Uszkodzenie trzeciego zakrętu czołowego lewego stanowi również według Moutiera uszkodzenie dodatkowe, nie pozostające w związku z powstaniem zbioru objawów Brocai.

Fizyolog i neurolog berliński Lewandowsky przypuszcza, że w poszczególnych przypadkach możliwą jest rzeczą, iż ośrodek ruchowy mowy jest usadowiony więcej ku tyłowi w okolicy wyspy i wieczka (*operculum*) i w ten sposób tłómaczy przypadki, spostrzegane przez Mariego, dowodzące, że zniszczenie trzeciego lewego zakrętu czołowego nie zawsze wiedzie u wszystkich chorych do afazyi. Niezależnie od zapatrywań Mariego i Dejerinea głosi odrębne zupełnie poglądy na niemotę od lat blisko pietnastu Prof. Bernheim z Nancy. Ten wogóle przeczy zupełnie możliwości ogniskowego umiejscowienia mowy, a poglądy jego dzieli i krzewi uczeń Dejerinea F. Bernheim z Paryża. Według Bernheima nie istnieje żaden ośrodek dla pamięci słuchowej mowy fonetycznej, ani dla pamięci wzrokowej mowy graficznej. Istnieją tylko ośrodki korowe czuciowe dla surowej percepcyi wrażeń słuchowych w pierwszym zakręcie skroniowym i wzrokowych w okolicy szczeliny ostrogowej (*fissura calcarina*). Powstawanie obrazów pamięciowych odbywa się w sferze psychicznej, t. j. w płatach czołowych mózgu. Niemota ruchowa powstaje według Prof. Bernheima, jeśli przerwane jest połączenie między płatem czołowym, w którym powstają obrazy wyrazów (*l'image verbale*) czyli mowa wewnętrzna (*la parole interieure*) a jądrami opuszkowemi, które mają czynność uzewnętrzniania obrazów słownych, a zatem tworzą mowę zewnętrzną (*la parole exterieure*). Dziecko przed ośmnastym miesiącem życia okazuje obraz niemoty ruchowej i dopiero na ciągłej drodze ćwiczenia nabywa wprawy w mówieniu. Gdybyśmy przyjęli ośrodek dla mowy dowolnej, musielibyśmy dla każdej czynności złożonej, nabytej przez wprawę, jak dla pływania, jazdy bicyklem i t. p., przyjmować odrębne ośrodki. Ośrodka tedy wyspecyalizowanego dla afazyi ruchowej niema, gdyż właściwie nie został dotąd stwierdzony. Im więk-

sza liczba włókien kojarzennych (assocyacyjnych) między przednimi płatami mózgu a jądrami opuszki została przerwana, tem większe będą według Prof. Bernheima zaburzenia mowy wewnętrznej. Także i W. Wundt wyraża zapatrywanie, że przyjmowanie osobnych ośrodków dla takich złożonych czynności psychofizycznych, jak mowa, rozumienie słów i pisanie, jest tylko pokutowaniem tradycyi dawnej frenologii Galla, dzielącej powierzchnię mózgu na szereg »zmysłów wewnętrznych«, z których każdy miał mieć czynność analogiczną do zmysłu zewnętrznego, a tylko niejako spotęgowaną.

Widzimy, więc że w ostatnich czasach wszczął się we Francyi ruch naukowy w sprawie niemoty, zwłaszcza ruchowej, wśród którego przebijają różne opinie. Zagadnienie, które zdawało się być już załatwione, na nowo budzi niepewność wśród współczesnych klinicystów. Jedni, jak np. Dejerine, pozostają wierni klasycznemu pojmowaniu sprawy, drudzy uważają klasyczną lokalizacyę mowy za zbyt ciasną i bądź to, jak n. p. Marie, rozszerzają teren lokalizacyjny zarówno w obrębie kory mózgowej, jakoteż ku głębi mózgu, bądź też, jak to czyni Prof. Bernheim z Nancy, uwzględniając związek bezpośredni wrzekomego ośrodka mowy nietylko z całą półkulą mózgową tejsamej strony, lecz także z półkulą przeciwną mózgu, oraz z ośrodkami opuszki i rdzenia kręgowego, idą jeszcze dalej i zupełnie odrzucają ogniskowe usadowienie mowy.

Jaki obrót przybiorą wyniki badań naukowych w sprawie niemoty, obecnie trudno przewidzieć. Na razie uczeni innych narodowości w tej dyskusyi, wszczętej przez uczonych francuskich, prawie nie zabierają głosu. W każdym razie poglądy na znaczenie wyłączne zwoju Brocai dla niemoty ruchowej zostały silnie zachwiane. Rozstrzygające będą w tym względzie dalsze badania przyszłe, a zwłaszcza połączenie dokładnego spostrzegania klinicznego z oględzinami pośmiertnemi i badaniem mikroskopowem stanu komórek i dróg przewodzących mózgowych.

Piśmiennictwo. 1) Bastian. Aphasie u. andere Sprachstörungen. Deutsch von Urstein 1902. — 2) Prof. Bernheim: Doctrine de l'aphasie. Paris 1907. — 3) Prof. Bernheim: Observation d'aphasie motrice sans lésion de la troisieme circonvolution frontale gauche (Rev. de méd. 1907. Nr 4). — 4) Fer. Bernheim: Le centre de l'aphasie motrice existe-t-il (Sem. méd. 1906. Nr 45). — 5) Biernacki: Afazya w świetle badań współczesnych. Warszawa 1894. — 6) Comte: Des paralysies pseudobulbaires Paris 1900. — 7) Dejerine: L'aphasie sensorielle (Presse méd. 1906. Nr. 55). — 8) Tenże: L'aphasie motrice (Presse med. 1906 Nr 57). — 9) Tenże: A propos de la localisation de l'aphasie motrice (Presse méd. 1906. Nr. 92). — 10) Tenże: Sémiologie du système nerveux (Bouchard: Traité de pathologie générale. Paris. Tom V. 1901). — 11) Goldflam: Przyczynek do nauki o umiejscowieniach mózgowych. Niemota ruchowa i zmysłowa (Medycyna 1885. Nr 9—11). — 12) Klęsk: Kora mózgowa w świetle badań chirurgii. (Przegląd lek. 1905. Nr. 29—31). — 13) Kussmaul: Zboczenia mowy. Warszawa 1879. Tłóm. Bauerertz. — 14) Tenże: Die Störungen der Sprache. Leipzig 1885.— 15) Ladame: Aphasie et anarthrie (Presse méd. 1907. Nr 4). — 16) Lewandowsky: Die Funktionen des centralen Nervensystems. Jena 1907. — 17) Prof. P. Marie: Revision de la question de l'aphasie: la troisieme circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle speciale dans la fonction du langage (Sem. méd. 1906. Nr 21). — 18) Prof. P. Marie: Revision de la question de l'aphasie: Que faut il penser des l'aphasies sous-corticales (aphasies pures)? (Sem. méd. 1906. Nr 42). — 19) Prof. P. Marie: Revision de la question de l'aphasie: l'aphasie de 1861 à 1866; essai de critique historique sur la genese de la doctrine de Broca (Sem. méd. 1906. Nr 48). — 20) Prof. P. Marie: A propos d'un cas d'aphasie de Wernicke pris par erreur pour une démence senile (Bull. et mém. Soc. des Hôp. 1 Fevrier 1907).— 20) Prof. P. Marie: Rectifications à propos de la question de l'aphasie (Presse med. 1907. Nr. 4). — 22) Prof. P. Marie et Moutier: a) Un nouveau cas d'aphasie de Broca dans lequel la III. circonvolution frontale gauche n'est past atteinte, tandis que le ramollissement occupe la zone de Wernicke et les circonvolutions motrices; b) Présentation d'un cerveau sénile avec atrophie simple des circonvolutions simulant une lésion en foyer dans la région de la parictale ascendante et dans la region de la 3me frontale a gauche. (Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. 15 Fevrier 1907). — 23) Moutier: Du prétendu rôle de la troisième frontale gauche dans l'aphasie de Broca (Soc. med. des Hôp. 26. Octobre 1906. Sem. méd. 1906. Nr 44). — 24) Ołtuszewski: Psychofizyologia mowy (Medycyna 1894 Nr 10). — 25) Tenże: Zboczenia mowy (Jaworski: Nauka o chorobach wewnętrznych. Tom III. 1905). — 26) Tenże: Szkic nauki o mowie i jej zboczeniach oraz higiena mowy. (Biblioteka lekarska. Warszawa 1905). — 27) Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1905. — 28) Sahli: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Leipzig u. Wien 1905. — 29) Souques: Un cas d'alexie ou cecité verbale dite pure, suivie d'autopsie. (Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. 1. Mars 1907). — 30) Treitel: Grundriss der Sprachstörungen. Berlin 1894. — 31) W. Wundt: Die Sprache (W. Wundt: Völkerpsychologie 1904. I. Bd. I Theil). — 32) Ziehen: Aphasie (Eulenburgs Real-Encyclopedie der ges. Heilk. 1907).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Szokalski. **W kwestyi roli śledziony w procesie wytwarzania się hemolizyn.** (*Medyc. i Kronik. lek.* 1908. Nr 16). S. przeprowadził badania, wycinając zwierzętom śledzionę i szukając potem hemolizyn i doszedł do wniosku, że śledzionie nie można przypisać żadnej roli w sprawie tworzenia się hemolizyn. Zwierzęta pozbawione śledziony mogą wytwarzać hemolizyny nawet w ilości większej. Wprawdzie w ciągu pierwszych dni po operacyi ustrój traci zdolność wytwarzania hemolizyn, to jednak spotyka się to i po innych zabiegach, a nawet po samem otwarciu jamy brzusznej, choć w stopniu słabszym. *K.*

Meyer. **O antagonizmie trucizn.** (*Tow. lek. Wiedeń.* 20. III. 1908). M. rozróżnia 3 rodzaje antagonizmu trucizn; 1) bezpośredni-chemiczny, 2) konkurencyjny, 3) pośredni-fizyologiczny. Bezpośredni antagonizm polega na tem, że jedna trucizna chemicznie zobojętnia drugą, n. p. kwasy i zasady i t. p. Drugi rodzaj antagonizmu polega na tem, że dwie trucizny nie działają wcale na siebie, lecz na pewien narząd wprost przeciwnie. Tak n. p. atropina poraża, a pilokarpina pobudza mięśnie gładkie i t. p. W trzeciej znów grupie trucizny wpływają na istniejące już w ustroju czynności. Tak n. p. sok trzustki i nadnerczy działają w kierunku zupełnie przeciwnym na wydzielanie glikogenu w wątrobie. Podobny antagonizm spostrzegamy między gruczołem tarczowym a gruczołami płciowymi i t. p. *K.*

Prof. Richter i Gerhartz. **O wpływie promieni Röntgena na fermenty.** (*Berlin. klin. Wochschft.* 1908. Nr. 13). Własność adrenaliny: szybkiego i znacznego podnoszenia parcia krwi, ulegała zmianom pod wpływem naświetlania adrenaliny »in vitro« promieniami Röntgena. Pod ich wpływem traciła adrenalina tę własność częściowo, lub zupełnie, obok tego występowało niekiedy opóźnienie podniesienia się parcia. Zmiany te dotyczyły również wywoływanego przez adrenalinę cukromoczu. Naświetlanie fermentów dowiodło, że promienie R. nie działają na nie zupełnie, wątpliwe zatem bardzo wydają się autorom teorye, które działanie promieni Röntgena i radu tłómaczą wpływem ich na sprawy fermentacyjne w ustroju. *Dr W. Kluger.*

Prof. Wiczkowski. **Przyczynek do mikroskopii wydzieliny rannej.** (*Polskie Archiwum nauk biol. i lek.* Tom III. Z. 1—3). W wydzielinie, zeskrobanej z ziarninowej powierzchni gojących się ran, znalazł W. komórki przeważnie o jednem, obfitującem w chromatynę jądrze i dość obfitej protoplazmie, zawierającej ziarenka neutrofilne z odcieniem niebieskawym, podobne najwięcej do neutrofilnych pseudolimfocytów Ehrlicha. Od pierwszych różnią się znalezione przez W. komórki ciemniejszem zabarwieniem jądra, od drugich obfitszą protoplazmą, obfitszemi ziarenkami i zdarzającą się niekiedy wielojądrzastością. Komórki te możnaby uważać za »formy młodociane, odpowiadające myelocytom w szpiku kostnym«; jak myelocyty w szpiku kostnym są komórkami macierzystemi komórek wielojądrzastych neutrofilnych, tak może komórki W. »odgrywają podobną rolę w ranie«, przyczem trzebaby myśleć o »mnożeniu się komórek wielojądrzastych przez ich produkcyę na miejscu«. *C.*

Modrakowski. **O hesperydynie w pietraszniku plamistym.** (*Polskie Arch. nauk biol. i lek.* T. III. Z. 1—3). M. stwierdził, że złogi krystaliczne, występujące w pietraszniku plamistym pod wpływem alkoholu, są hesperydyną tego samego

składu, jak otrzymana z niedojrzałych pomarańcz. Glugozyd ten znajduje się w pietraszniku (*herba conii maculati* Ph. Austr. VII) w porze kwitnięcia w ilości około 3% w obliczeniu na ziele suszone przy 105° C. *C.*

Medycyna wewnętrzna.

Mairinger. **O epidemii ospy we Wiedniu w r. 1907.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 11). Sprawozdanie M. dotyczy 162 chorych na ospę, leczonych na oddziale zakaźnym szpitala Franciszka Józefa we Wiedniu. W tem było 75 osób płci męskiej, 87 płci żeńskiej. Szczepienie ochronne ma niewątpliwie wpływ na przebieg epidemii, oraz na przebieg zakażenia u poszczególnych jednostek. Odsetek szczepionych pozostaje w odwrotnym stosunku do ciężkości choroby. Odsetek szczepionych ochronnie w grupie przypadków najlżejszych przewyższa trzykrotnie odsetek szczepionych między zmarłymi M. podnosi z naciskiem, że w krótkim czasie po szczepieniu ochronnem występujące zakażenie może mieć charakter poronny, a tacy chorzy mogą się stać roznosicielami zakażenia ospowego. W wiedeńskiej epidemii ospy stwierdzono równoległość między nasileniem wysypki na skórze i na błonach śluzowych. W przeszło połowie przypadków wysuwały się na pierwszy plan objawy ostrej niedomogi serca, która występowała przeważnie w okresie ropienia, a objawiała się przyśpieszeniem tętna, obniżonem jego napięciem, dusznością i zabarwieniem sinem wysypki. Objawy te kończyły się pomyślnie pod koniec okresu ropienia. Wysypce na twarzy stale towarzyszył typowy obrzęk powiek i nastrzykanie spojówek gałkowych i powiekowych, odpowiadające sile wysypki. Kobiety ciężarne łatwiej ulegały zakażeniu. Regularność u kobiet nieciężarnych przyśpieszała się, nawet aż do ośmiu dni, co jest przy zakażeniu ospą tak znamienne, że było niezawodnym znakiem rozpoznawczym w początkowym okresie choroby. Stosunkowo często występowało zakażenie ospą bezpośrednio po innej chorobie, świeżo przebytej, jak n. p. po płonicy, durze brzusznym, tężcu i błonicy gardła. W przypadkach śmiertelnych występował zgon wśród objawów niedomogi serca, i to najczęściej w drugim tygodniu choroby, a zatem w okresie ropienia. Sekcya stwierdzała stale zwyrodnienie miąższowe mięśnia sercowego, wątroby i nerek, i to w przypadkach zarówno dawniejszych, jak świeżych. M. kładzie nacisk na to, że oddziały szpitalne, mieszczące chorych dotkniętych ospą, powinny być znacznie oddalone od innych oddziałów, gdyż przy wietrzeniu materyał zakaźny może się przenieść z jednego pawilonu do drugiego. *Dr Blassberg.*

Müller Ch. **Kilka uwag o nagminnem zapaleniu opon.** (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1908, Nr 2). Wyniki (skąpych zresztą) dotychczasowych prób leczenia zapalenia opon surowicą są następujące: 1) Małe dawki surowicy, wstrzykiwane podskórnie, nie wywierają widocznego wpływu na przebieg i zejście choroby, nawet przy częstem powtarzaniu. 2) Zdaje się, że zastosowanie większych dawek jednorazowych działa pomyślnie. 3) Nawet dwa- i trzykroć większa dawka przeciwmeningokokowej surowicy Kollego od dawki, zaleconej w przepisie użycia, nie zagraża żadnem niebezpieczeństwem. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Martel. **Zastosowanie metody Pirqueta dla rozpoznawania nosacizny u człowieka.** (*Berliner klin. Wochs.* 1908, Nr 9). Próby wywołania odczynu skórnego przy nosaciźnie zapomocą maleiny wykonał M. na sobie, oraz u trzech z nosacizny wyleczonych ludzi. U M., który przed 13 laty przebył nosaciznę, wystąpił wybitny odczyn po zaszczepieniu maleiny (w stosunku 1: 10) na skórę ramienia. W 24 godzin pojawiło się zaczerwienienie, drugiego dnia obrzmienie zaszczepionego miejsca skóry, szczyt odczynu przypadł między 2. a 3. dniem. Równie wyraźny, choć z różnem natężeniem przebiegający odczyn powstał u 3 ludzi, którzy przed 12, 13 i 23 laty chorowali na nosaciznę, podobnie jak i u autora badaniem bakteryologicznem stwierdzoną. Następnie wkroplił sobie M. maleinę (w stosunku 1: 60) do worka spojówkowego. Na drugi dzień wystąpił silny odczyn, podobny do odczynu Calmettea. Próby kontrolne, wykonane na skórze i spojówkach ludzi, którzy nosacizny nie przebywali, dały wynik całkowicie ujemny. Również ujemny był odczyn u dzieci autora, a nawet i u dziewczynki, która urodziła się w niespełna rok po jego wyzdrowieniu. *Dr W. Kluger.*

Siegel. **Przeziębienie jako przyczyna choroby.** (*Deut. med. Wochs.* 1908, Nr 11). Autor przeprowadzał doświadczenia na psach w celu stwierdzenia działania zimna na czynność nerek. Przekonał się, że przyłożenie lodu na odsłoniętą nerkę wywoływało obustronne zapalenie nerek, że zaś przyłożenie lodu na ogoloną skórę lędźwi wywoływało zapalenie nerek tylko przy równoczesnem zastosowaniu uśpienia morfinowego dla uspokojenia niespokojnego zwierzęcia. Również zanurzenie kończyn tylnych do zimnej (4°) wody wywoływało zmiany zapalne w nerkach. Autor zdaje się skłaniać do zapatrywania Wertheimera, iż zmiany zapalne występują jako zmiana, wywołana przez dłużej trwające upośledzenie odżywienia komórek nerkowych wskutek odruchowej niedokrwistości po zastosowaniu zimna i wyraża przekonanie, że doświadczenia jego rozstrzygają sprawę powstawania zapalenia nerek w następstwie przeziębienia. *Dr Skórczewski.*

Hart. **O grasicy przetrwałej i udarowej śmierci grasiczej; kilka uwag o związku grasicy przetrwałej z chorobą Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 13—14). Nagłą śmierć przy grasicy przetrwałej tłómaczą jedni czysto mechanicznie, przez to, że grasica uciska w danej chwili tchawicę lub według innych ważne nerwy, żyły lub prawy przedsionek. Zwłaszcza u dzieci przy nagłem przechyleniu głowy ku tyłowi może nastąpić zaciśnięcie tchawicy przez wielką grasicę przetrwałą. Rehn spostrzegał przy prześwietlaniu promieniami Röntgena oddechowe ruchy grasicy, podobne do ruchów wentyla. Przy wdechu grasica obniża się do klatki piersiowej, przy wydechu podnosi się ku górze. Nagły silny wydech, n. p. przy kaszlu lub krzyku, może wywołać silne wypchanie grasicy, nawet aż po brzeg mostka, przez co powstać musi ucisk tchawicy. Mechaniczne tłómaczenie znajduje oparcie w spostrzeganem często za życia przy przetrwałej grasicy zwężeniu tchawicy, dalej w pomyślnych wynikach operacyjnych (wyciągnięcie grasicy i umocowanie nad mostkiem), a wreszcie w wynikach sekcyi przy nagłej śmierci grasiczej, stwierdzających uciśnięcie tchawicy i znamiona uduszenia. Mimo to spotyka się wiele przypadków, gdzie przy sekcyi nie można znaleść nic, coby przemawiało za przyczyną mechaniczną. Tutaj tłómaczymy sobie nagłą śmierć samozatruciem i zmianami serca. Wiemy z doświadczeń, że wyciąg grasicy ma wybitne działanie na serce. H. stwierdził nawet doświadczalnie u zwierząt nagłą śmierć po wstrzykiwaniach wyciągu z grasicy przetrwałej. Przy sekcyi główne zmiany spotykał w nadnerczach (krwotoki, powiększenie i t. p.). Zwierzęta, którym wstrzykiwał wyciąg prawidłowej grasicy cielęcej, pozostały zdrowe. Szkodliwe więc działanie na serce ma chyba grasica przetrwała u starszych, a nie u dzieci. Można też mówić obecnie o sercu »grasiczem« tak, jak się przy wolu mówi o sercu »wolowem«. Ciekawą jest rzeczą, że w wielu przypadkach choroby Basedowa, zwłaszcza o ciężkim przebiegu, znajdowano potem grasicę przetrwałą. Kto wie, czy zmian w sercu przy tej chorobie nie należy właśnie odnieść do grasicy przetrwałej, zwłaszcza, że występują one zwykle na długi czas przed powiększeniem się gruczołu tarczowego. Wole w chorobie Basedowa uważaćby zatem należało za zmianę następową, mającą może na celu zobojętnianie szkodliwego wpływu grasicy. Na poparcie tego przytoczyćby można przypadki nagłej śmierci w chorobie Basedowa przy samoistnem szybkiem zanikaniu wola, lub po operacyi. Choroba Basedowa nie jest cierpieniem jednolitem, lecz raczej zbiorem objawów, których przyczyny mogą być rozmaite. Czynność gruczołu tarczowego może być zanadto silna, a przez to wprost szkodliwa. Nieznalezienie grasicy przy sekcyi osobnika, zmarłego na chorobę Basedowa, może być skutkiem zaniku grasicy już wśród samej choroby. Zresztą dotąd przy sekcyach za mało jeszcze na to zwracano uwagi. Wprawdzie niektórzy badacze opisują polepszenia w chorobie Basedowa po podawaniu leczniczem grasicy (Owen, Cunningham, Mikulicz), H. uważa jednak te opisy za wynik złudzenia; spostrzeżeń tych nikt potem już nie potwierdził. *K.*

A. Zweig. **Próby stosowania tiodyny i atoksylu przy cierpieniach metasyfilitycznych układu nerwowego środkowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 11). Autor stosował w ośmiu przypadkach późnych zmian metasyfilitycznych wstrzykiwania śródmięśniowe tiodyny w ilości 0,2, stosując je 3 razy tygodniowo, dochodząc najwyżej do 20 wstrzyknięć. Zauważał stale znaczną poprawę stanu podmiotowego chorych, natomiast stan przedmiotowy nie ulegał zmianie. Już po kilku wstrzyknięciach ustępowały bóle głowy, mrowienia, niepewność chodu i t. p. Podmiotowa ta poprawa utrzymywała się przez czas długi; w 2 przypadkach spostrzegał Z. nawroty, które usuwał powtórnem zastosowaniem tiodyny. Podczas 125 wstrzyknięć nie zauważył objawów tak odczynu miejscowego, jak i jodzicy, nawet u chorych, którzy nie znosili zresztą jodu (2 przypadki). W jednym przypadku stosował Z. prócz tiodyny z dobrym skutkiem atoksyl, który poleca szczególnie przy początkowych zmianach metasyfilitycznych. *Dr Skórczewski.*

Frisch. **O działaniu sanategenu.** (*Deutsche Aerzte-Ztg.* 1907, Nr 24). Fr. dochodzi do następujących wniosków: Sanatogen wchłania się łatwo, nie drażni przewodu pokarmowego i chorzy znoszą go dobrze; wzmaga łaknienie i ułatwiając wyzyskanie pokarmów, działa jak lek trawienny; reguluje wypróżnienia i powstrzymuje wymioty. Nadto utrzymuje Fr., że środek ten działa uspokajająco. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Stieda. **Przypadek dotyczący mężczyzny wytrzebionego w młodzieńczym wieku.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 13). Mężczyzna, badany przez S., został wytrzebiony w 15-tym roku życia przez 3 mężczyzn gwałtem zapomocą zgniecenia jąder. S. stwierdził u niego brak zarostu twarzy, skąpe owłosienie wzgórka łonowego i pach. Mierny rozwój gruczołów piersiowych (gynekomastia), prącie małe zdolne do wzwodu i spółkowania, jądra bolesne wielkości grochu, głos wysoki, nieco chrypliwy, wzrost wysoki (175 ctm., jednak dopiero po 20. r. ż. chory zaczął róść tak, że przedtem z powodu małego wzrostu został uwolniony od wojska), przyczem uderzają niestosunkowo długie golenie, obwód klatki piersiowej mały (88) w stosunku do obwodu bioder (94), podściółka tłuszczowa obfita. Przedłużenie okresu wzrastania odnosi S. do zaburzeń w kostnieniu chrząstek nasadowych powstałych wskutek trzebienia. Rozwój gruczołów piersiowych spostrzegano również po trzebieniu. *Dr Skórczewski.*

Prof. Strassburger. **O nowszych badaniach nad fizyologią, patologią i terapią żołądka.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 7). Autor zbiera praktyczne wskazówki, jakie nasuwają badania fizyologiczne, rozpoczęte przez Pawłowa, a prowadzone przez Riegla i Bickla. Zwraca uwagę na doświadczalnie stwierdzoną czynność pobudzającą morfiny i pilokarpiny na błonę śluzową żołądka i czynność hamującą wilczej jagody i atropiny. Stwierdza, że kwaśność trawienna żołądka jest wyższa, niż dawniej obliczano, (wynosi ona według Umbra i Bickla 0,4—0,5 prc.), że z nieprawidłowości wydzielniczych polega nadmierne wydzielanie soku na szybkiem, a nadmierna kwaśność na wolnem wydzielaniu wielkich ilości soku żołądkowego. Dalej przytacza doświadczenia Lea, stwierdzające, że trawienie odbywa się jedynie w obecności wolnego kwasu solnego. Trawienie białka ciągnie się aż do wytworzenia się polipeptydów. Według badań Volhardta ma się znajdować w soku żołądkowym wydzielany przez błonę śluzową dna zaczyn, rozkładający tłuszcze. Nowsze badania promieniami Roentgena po spożyciu bizmutu stwierdziły, że u 20 prc. ludzi zdrowych żołądek nie ma kształtu podkowy, jak dawniej sądzono, lecz że jest ustawiony więcej poziomo, a odźwiernik jego leży najniżej. Co do układania się kolejno spożywanych pokarmów w żołądku, to trzeba przyjąć, że pokarmy później spożyte leżą bardziej dośrodkowo i nie stykają się z błoną śluzową; stykają się z nią leżące obwodowo pokarmy najpierw spożyte. Z tego też względu podając jako lek kwas solny w czasie jedzenia, należy go podać razem z pepsyną, ponieważ dostanie się on w środek miazgi pokarmowej, gdzie pepsyny nie znajdzie. *Dr Skórczewski.*

Gross. **Sprawność pepsyny i prosty sposób oznaczania jej.** (*Berliner klin. Wochs.* 1908, Nr 13). Metodę swą oznaczania wartości pepsyny oparł G. na poprzednio opracowanym przez siebie sposobie oznaczania trypsyny. Sposób ten polegał na następującej zasadzie: Sernik (kazeina) rozpuszcza się łatwo w alkaliach i w przeciwieństwie do swych wytworów strawienia, kazeoz, za dodaniem rozcieńczonego kwasu octowego z roztworu tego się strąca. Im silniej zatem sok trzustkowy działa, tem mniejszej jego ilości potrzeba do strawienia oznaczonej ilości zasadowego rozczynu kazeiny, tak, aby za dodaniem kwasu octowego zmętnienie nie wystąpiło. Przy oznaczaniu pepsyny postępuje G. w ten sposób: 1 gram sernika (*caseinum purissimum*) wraz z 16 ctm.³ 25°/₀ HCl rozpuszcza na kąpieli wodnej, w 1 litrze wody. W następstwie tego otrzymuje rozczyn 1:1000, zawierający tyle wolnego HCl, ile do »optimum« trawienia potrzeba. Po 10 ctm.³ tego do 39—40° ogrzanego płynu wlewa G. następnie do szeregu probówek, do których dodaje kolejno coraz większe ilości badanego soku żołądkowego. Probówki pozostają przez ¼ godziny w cieplarce, poczem do każdej dodaje się po kilka kropel zgęszczonego rozczynu octanu sodowego. Niestrawiony sernik strąci się wówczas, w przeciwieństwie do kazeoz. Przytem z kwasu solnego i octanu sodu powstaje sól kuchenna i kwas octowy. Za jednostkę siły trawiennej soku uważa G. taką jego ilość, która w przeciągu 15 minut 10 ctm.³ rozczynu sernika (=0,01 gr. sernika) tak strawi, że po dodaniu octanu sodowego zmętnienie więcej nie wystąpi. U osobnika ze zdrowym żołądkiem potrzeba średnio: 0,02—0,03 ctm.³ soku do zupełnego strawienia 10 ctm.³ rozczynu sernika, tak, że 1 ctm.³ soku żołądkowego posiadałby siłę trawienną od 30—50 jednostek. Z dalszych doświadczeń i obliczeń autora wynika, że ilość strawionego sernika, względnie siła trawienna, pozostaje w prostym stosunku do czasu, potrzebnego do strawienia, wobec czego, zdaniem G., upada postawione dla pepsyny i trypsyny prawo Schütza-Borissowa. *Dr Wl. Kluger.*

Hirsch. **O zaburzeniach żołądkowych u onanistów.** (*Berliner klin. Wochs.* 1908, Nr 12). H. zwraca uwagę na częstość zaburzeń żołądkowych u onanistów, które występują bądźto pod obrazem nerwowej niestrawności (dyspepsyi), bądź też, co się nierzadko zdarza, wrzodu żołądka. Dopiero bezskuteczne leczenie wrzodu, nasuwa przypuszczenie właściwej przyczyny choroby. Zawsze lepiej jednak, mając w leczeniu onanistę z zaburzeniami żołądka, myśleć najpierw o atypowym wrzodzie, niż lekkomyślnie z góry uważać cierpienie za nerwowe. Badanie chemiczne stwierdza bardzo często nadmierną kwaśność, H. widział jednak przypadki zmniejszonej kwaśności i zupełnego braku kwasu. *Dr Kluger.*

Bönniger. **Przyczynki do rozpoznawania wrzodu żołądka.** (*Berliner klin. Wochs.* 1908, Nr 8). Uważając ból, występujący wokoło 30—45 minut po obiedzie, za typowy dla wrzodu żołądka, stara się go B. wyzyskać dla celów rozpoznawczych. Wprowadza mianowicie do czczego żołądka po poprzedniem przepłukaniu go 100 ctm.³ wody, 100—200 ctm.³ ¹/₁₀ normalnego rozczynu HCl. U chorego na wrzód żołądka wystąpi wówczas nadzwyczaj silny ból, który należy natychmiast usunąć zapomocą mleka. Jeżeli ból się nie pojawi, (co się dzieje u ludzi o zdrowym żołądku, a nawet w większości przypadków raka), to należy przez wstrząsanie żołądka i zmianę położenia chorego wprowadzić kwaś w wszechstronne zetknięcie ze ścianami żołądka. Skoro i potem ból nie wystąpi, to zdaniem B. można prawie z pewnością wyłączyć wrzód. Niezbędnym warunkiem wykonania powyższej próby jest bezwarunkowo czczy żołądek, dlatego nie można jej przedsiębrać przy niedomodze ruchowej lub znaczniejszem nadmiernem wydzielaniu trwałem (*hypersecretio continua*). Świeże krwotoki są również przeciwwskazaniem. W miarę gojenia się wrzodu bole po wlaniu HCl bywają coraz słabsze, wreszcie z zabliźnieniem się wrzodu znikają. B. zwraca dalej uwagę, że bardzo ważnem rozpoznawczo jest obmacywanie punktu bolesnego podczas równoczesnego prześwietlania żołądka promieniami Röntgena. Jest to sposób bardzo pomocny przy rozpoznaniu różniczkowem u osób histerycznych, przy rozpoznawaniu wrzodu dwunastnicy i osądzeniu, czy ból w dołku powstaje rzeczywiście wskutek uciskania wrzodu w ścianie żołądka. Przy leczeniu wrzodu poleca B. gorąco podawać śmietanę, która wiąże znaczne ilości kwasu i pozostaje długo w żołądku, pomimo czego tylko ślady wolnego kwasu stwierdzić można. Wreszcie radzi podawać naczczo po 10 gr. bizmutu wewnętrznie, uważając zatrucie nim za nieprawdopodobne. *Dr Wl. Kluger.*

Schloss. **Roślinne, czy mięsne żywienie przy nadmiernem wydzielaniu kwasu solnego?** (*Archiv f. Verdauungskrankh.* T. XIII., Z. 3). Bardzo dokładne badanie soku żołądkowego przy stosowaniu żywienia jużto roślinnego, już też mięsnego, oraz mięszanego dowiodło, że pokarmy roślinne wywołują mniejsze i króciej trwające wydzielanie soku żołądkowego, aniżeli pokarmy mięsne. Pokarmy roślinne są zatem odpowiedniejszem pożywieniem przy nadmiernej kwaśności żołądkowej, aniżeli pokarmy mięsne, które bardziej drażnią błonę śluzową i pobudzają ją do większego jeszcze wydzielania. Jakkolwiek ze stanowiska teoretycznego powinno być przy nadmiernej kwaśności stosowane żywienie wyłącznie roślinne, mimo to radzi S. ze względów praktycznych żywienie przeważnie nie wyłącznie roślinne, ale poczęści mięszane. Za najlepszy sposób podawania uważa w tej chorobie mięso siekane lub skrobane. *Schudmak.*

Schmilinsky. **Rozpoznanie i chirurgiczne leczenie żołądka klepsydrowatego.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 3). Rozpoznanie żołądka klepsydrowatego należy do bardzo trudnych, a staje się niemożliwe, jeśli część odźwiernikowa żołądka klepsydrowatego ukryta jest pod wątrobą. Przy rozpoznaniu posługuje się S. następującemi danemi: 1. Wywiady wskazują, że chorzy tacy od bardzo dawna cierpieli na żołądek i że wszelkie leczenie wewnętrzne było albo zupełnie bezskuteczne, lub miało tylko skutek przejściowy. 2. Ponieważ przy jedzeniu napełnia się wprzód żołądek wpustowy, przeto doznają chorzy bardzo prędko uczucia nasycenia. 3. Jeśli są wymioty, to pojawiają się one w odstępach i często zdarza się, że jedna porcya zawiera części strawione, inna niestrawione. Przedmiotowo opiera

się rozpoznanie na objawie Wölflera: Woda, wlana do żołądka, nie wraca wtedy przez zgłębnik — jak gdyby żołądek miał otwór — gdyż woda ta uchodzi tymczasem do drugiego, dla zgłębnika niedostępnego, żołądka odźwiernikowego. Co do leczenia, to S. zaleca jedynie gastroenterostomię podwójną, t. j. w części wpustowej i odźwiernikowej. *Schudmak.*

Huber. **W sprawie samoistnego rozszerzenia przełyku.** (*Corrbl. f. schw. Aerzte* 1908, Nr 4). Samoistne rozszerzenie przełyku tylko w wyjątkowych przypadkach nie daje żadnych objawów; przeważnie występują objawy, przypominające wogóle obraz zwężenia przełyku. Za przyczynę zmiany przełyku przyjmowano w pewnej części przypadków skurcz odźwiernika pierwotny, w innej niedowład ściany przełyku z następowym skurczem odźwiernika; najwięcej danych przemawia za teoryą porażną Fryd. Krausa, przyczem odgrywałyby rolę zmiany zwyradniające w nerwach wskutek chorób zakaźnych (błonica i t. d.) i chorób wymiany materyi. Rokowanie w samoistnem rozszerzeniu przełyku jest co do wyleczenia niepomyślne, sprawa może jednak trwać dziesiątkami lat lub nawet przez całe życie bez groźniejszych następstw. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Pedyatrya.

Crux. **12 przypadków zapalenia płuc u dzieci leczonych surowicą przeciwpneumokokową Römera.** (*Deut. med. Wochen.* 1908. Nr 16). C. na podstawie 12 przypadków wypowiada zapatrywanie, iż surowica działa swoiście przy zapaleniu płuc u dzieci. Stale stwierdzał obniżenie ciepłoty w 12 godzin po wstrzyknięciu, przyspieszenie okresu rozejścia się zapalenia; czas trwania choroby znacznie miał się skracać. C. wstrzykiwał 5,0 cm surowicy wyrobu Mercka, w razie potrzeby stosował powtórnie zmniejszoną dawkę. Objawów ubocznych, czy to rumieni, czy zapalenia nerek, nie zauważył. *Dr Skórczewski.*

Schlippe. **Leczenie błonicy pyocyanazą i nieustępowanie prątków błoniczych.** (*Dtsch. m. Woch.* 1908. Nr 14). Pyocyanazę, produkt autolizy prątka ropy błękitnej, stosowano 4 razy dnia, zawsze po 2 razy z odstępem 5—10 minut, rozpylając na części zajęte parę centymetrów sześciennych. S. dochodzi do wniosku, że stosowanie pyocyanazy dozwolone jest tylko przy równoczesnem stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej. W niektórych przypadkach wywiera pyocyanaza wpływ korzystny na oddzielanie się błon, na cuchnienie z ust, na dolegliwości podmiotowe. W przypadkach bardzo ciężkich nie można było stwierdzić wybitnego wpływu. Pyocyanaza nie jest zdolna przyczynić się do usunięcia z gardła prątków błoniczych po przebyciu błonicy. *L.*

Prof. Bókay. **W sprawie zwolnienia tętna przy zapaleniu wyrostka robaczkowatego w wieku dziecięcym.** (*Dtsch. m. Woch.* 1908. Nr 15). Autor podnosi, że bradykardyi poświęcano dotychczas przy zapaleniu wyrostka robaczkowatego mało uwagi. Objaw ten zdarza się z reguły podczas wsysania okołowyrostkowych ropni i dlatego jego pojawienie się jest w rokowaniu raczej korzystne, może bowiem być oznaką rozpoczęcia się sprawy wessania: Tętno spada do 52—80 uderzeń u dzieci 7—16 letnich. Zwolnienie utrzymuje się kilka dni, do 2 tygodni. Może ono wystąpić przelotnie także po otwarciu ropni okołowyrostkowych, lub po usunięciu zmienionego wyrostka na zimno. (Porów. sprawozd. z artyk. Brocai »Przeglądu lek.« w Nr 12). *Lewkowicz.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

T. zw. soki mięsne, wyrabiane przez fabryki niemieckie rzekomo przez wyciśnięcie świeżego mięsa wołowego, zbadali w ostatnich czasach w monachijskim zakładzie higienicznym Horiuchi i Geret (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 17). Według badań tych są te »soki« (Puro, Robur) prostą mieszaniną białka jaj z wyciągiem mięsnym, na co wskazują zarówno rozbiory chemiczne, jak i odczyny biologiczne (swoista precypitacya). Do podobnych wniosków doszli już wcześniej Brehmer (Zjazd lek. i przyr. niem. 1899) i Hutchinson (Lancet 1902), z których drugi oświadcza, że każdy może sobie niezmiernie tanio sam sfabrykować taki »sok« mięsny, za jaki drogo zapłaciłby w handlu: wystarczy białko jaja, zmieszane z równą ilością wody, przecedzić przez muślin i dodać dla smaku dowolną ilość wyciągu mięsnego Liebiga, rozpuszczonego w ciepłej wodzie. Fabrykanci »soków« podnieśli gwałtowny protest przeciwko tym badaniom, wskazującym, że publiczność przez długie lata wprowadzano w błąd. *R.*

Igła do hebosteotomii Nackego składa się z wygiętego zgłębnika rowkowanego, w który od strony wklęsłej wsuwa się ochraniacz, a do światła piłkę Gigliego. Przy operacyi przeprowadza się narzędzie bez piłki poza kością, potem wsuwa się piłkę, a wysuwa ochraniacz. Podczas piłowania ochraniane są części miękkie, n. p. pęcherz, od uszkodzenia. *K.*

Fosfatometr Friedmanna do moczu. Fosfatometer ten oznacza ilość kwasu fosforowego zapomocą mieszanki magnezyowej, analogicznie jak białko przyrząd Esbacha. *K.*

Nowa maska eterowa. Nowa maska do uśpienia eterowego jest ulepszeniem maski Wagnera i Longarda. Sporządzona jest ona z jednego kawałka, a zaletą jej jest to, że usuwa ona parowanie na zewnątrz, wskutek czego prawie cały nalany eter zostaje zużyty do uśpienia. Lejek, przez który wlewa się eter, jest umieszczony na ruchomej osi, przez co można usypiać chorego dogodnie w każdem położeniu. Maskę można wygotować. Maski te wyrabia Bildheuser w Akwisgranie. *K.*

Spektroskop do badania krwi, podany przez Schumma, odznacza się bardzo wielką siłą światła; można nim badać ciemne i mętne płyny, co ma wielkie znaczenie n. p. przy badaniu plam krwawych, które można nawet wprost na kawałkach płótna, zmoczonego wodą i siarkanem amonu, ustawić przed spektroskopem. Przyrząd wyrabia fabryka Zeissa. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

IX. posiedzenie naukowe dnia 10. kwietnia 1908.

Przewodniczący Prym. Pisek poświęca kilka gorących słów pamięci zmarłego Prof. Mierzejewskiego z Petersburga, którą obecni uczcili powstaniem.

I. Dr Czyżewicz jun. przedstawia rzadki przypadek **wypadnięcia** obrzękłej **błony śluzowej cewki** pod postacią guzka wielkości orzecha laskowego. Na szczycie guzka znajduje się ujście cewki moczowej. Co do leczenia, sądzi C., że zmiana da się usunąć środkami miejscowo stosowanymi i kąpielami.

II. Dr Janiszewski: **O t. zw. „opiekach“ dla chorych gruźliczych.** Na wstępie przedstawia J. liczbowo ogromne rozpowszechnienie gruźlicy, co do którego kraj nasz zajmuje miejsce jedno z najniekorzystniejszych. Śmiertelność z tej choroby z miast Europy z wyjątkiem Madrytu jest największa w Krakowie i Lwowie. Następnie scharakteryzował J. kierunek ruchu przeciwgruźliczego w Anglii, Francyi i Niemczech i omówił pokrótce sprawę sanatoryów, które w Niemczech uważano za jeden z najważniejszych sposobów zwalczania gruźlicy. We Francyi wprowadził Prof. Calmette z Lille w r. 1900 t. zw. »dispensaires«, czyli »opieki« nad gruźliczymi, które też dziś stają się jednym z głównych sposobów zwalczania tej klęski. J. omówił dokładnie urządzenia we wspomnianych »opiekach« i to wszystko, co do zakresu ich działania należy, przedewszystkiem zaś dokładną ewidencyę gruźliczych, wspomaganie ubogich w leczeniu i środki zapobiegawcze. W końcu wspomniał o »opiece«, założonej we Lwowie przez Tow. walki z gruźlicą.

W bardzo ożywionej dyskusyi zabierali głos: R. Dw. Dr Merunowicz, który na tablicach statystycznych wykazywał rozpowszechnienie gruźlicy w Galicyi, stosunek tej choroby do innych zakaźnych, podnosząc, że inne choroby zakaźne stale się zmniejszają. Gruźlica jest chorobą mieszkaniową, t. j. zależną w wysokim stopniu od stanu mieszkań i liczby ludzi je zajmujących. — Prof. Gluziński wzywa lekarzy do gorącego poparcia nowej, a tak humanitarnej instytucyi. — Prym. Pisek podaje szczegóły, tyczące się śmiertelności z gruźlicy we Lwowie, podnosząc z uznaniem znaczne ofiary gminy Lwowa na polu polepszenia stosunków higienicznych w mieście.— Dr Obtułowicz omawia stosunki zdrowotne w powiecie lwowskim, szczególnie co do gruźlicy. Gdzieniegdzie widać pewne polepszenie dzięki odpowiednim urządzeniom, jak n. p. w fabryce cygar w Winnikach. — Dr Stachiewicz radzi wstrzymać się z zakładaniem »opiek«, póki nie zbierze się odpowiednich funduszów. — Dr Mahl sen. jest za decentralizacyą »opiek« na sposób przeprowadzonego we Lwowie systemu elberfeldzkiego, tyczącego się

opieki nad ubogimi. — Doc. Bednarski porusza sprawę spluwaczek dla chorych, należących do »opieki«, co do czego dawali wyjaśnienia Prof. Kučera i sam prelegent. *Witold Nowicki.*

Posiedzenie lekarzy przemyskich w dniu 30. kwietnia 1908.

Przewodniczący kol. Kramarzyński.

1) Kol. Herman przedstawia chorego, u którego wykonał z powodu **przewlekłego wgłobienia biodrowo-okrężniczego** (*invaginatio ileo-colica*) **wycięcie części jelita biodrowego, kątnicy, okrężnicy wstępującej i połowy okrężnicy poprzecznej.** Cierpienie rozpoczęło się nagle przed sześcioma tygodniami. Badaniem przedmiotowem stwierdzić można było jedynie objawy zwężenia jelit. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono znamienny guz walcowaty, ukryty głęboko poza wątrobą i łukiem żebrowym. Mimo to z łatwością udało się wytoczyć całe wgłobienie na zewnątrz jamy brzusznej, a gdy niezwykle silne zrosty uniemożliwiły odgłobienie, wycięto cały guz, poczem bocznie zespolono jelito biodrowe z pozostałą częścią okrężnicy poprzecznej w ułożeniu antyperystaltycznem. Przebieg operacyjny bez powikłań.

2) Kol. Doliński przedstawia chorego po pomyślnej **gastroenterostomii,** wykonanej z powodu **rakowatego zwężenia odźwiernika.**

3) Kol. Herman zdaje sprawę z obrad XXXVII. Zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie.

4) Pod koniec posiedzenia obradowano w dalszym ciągu nad miejscową taryfą lekarską, nad sprawą gremialnego wstąpienia do Towarzystwa lekarzy galicyjskich i wreszcie nad sprawą założenia naukowej czytelni lekarskiej w Przemyślu.

Sekretarz: *Dr Süsswein.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 14. kwietnia 1908 r.

1) Kozerski przedstawił kilkunastoletnią dziewczynkę, u której przed rokiem stwierdzono **mięsaka** lewego policzka. **Leczono** go naświetlaniem **promieniami Röntgena.** Nowotwór uległ całkowitemu wessaniu, pozostało jedynie nieznaczne zgrubienie okostnej na kości policzkowej.

2) Leszczyński Leonard: **Obecny stan wiedzy dentystycznej w stosunku do lekarzy praktyków.** Na wstępie podniósł L. wielokrotnie stwierdzany przez siebie brak zasadniczych nawet wiadomości z dziedziny dentystyki u lekarzy praktyków. Daje to pole do szerzenia się wśród publiczności najdziwaczniejszych i najszkodliwszych poglądów na konserwacyę zębów u dzieci i osób dorosłych. Omówiwszy z kolei sposób rozwoju zębów i ich budowę, nakreślił L. szeroko obraz cierpień zębów i współczesne metody ich leczenia. Zęby mleczne, dotąd pospolicie zaniedbywane, powinny być starannie leczone aż do zamiany ich na stałe, ze względu na prawidłowy rozwój zębów stałych i na ogólne odżywianie dzieci. Najważniejszą ochroną zębów od próchnienia jest ich dobra budowa, głównie zewnętrznej ich powłoki, — szkliwa, i czyste ich utrzymanie, zwłaszcza staranne usuwanie resztek pokarmu i śluzu, które stanowią dobrą pożywkę dla drobnoustrojów. Pod wpływem drobnoustrojów wytwarzające się kwasy tłuszczowe odwapniają tkankę zębową, ułatwiają dostęp bakteryi do organicznych tkanek zęba i tą drogą wywołują próchnienie. Przebieg próchnienia zależy od budowy zęba, zdrowia i uwapnienia w danej chwili tkanki zębowej. Do przyczyn usposabiających zalicza się: 1) dziedziczność, 2) złe ustawienie zębów, 3) pozbawioną wapna wodę do picia, 4) pracę umysłową (wiek szkolny dzieci), 5) okres dojrzałości płciowej, 6) ciążę, 7) choroby zakaźne, 8) skazy ustroju, wreszcie 9) pokarmy mączne — choroba cukierników, pokarmy miękkie — zaniedbanie żucia. Podmiotowo próchnienie przejawia się początkowo bolem przy spożywaniu pokarmów słonych lub słodkich, dalej przy zimnych, w posuniętych sprawach i przy gorących. Leczenie polega na usunięciu zmienionych i zakażonych tkanek i wypełnieniu powstałego braku t. zw. plombą. Następstwem próchnienia zęba bywa zapalenie miazgi zębowej, wywołujące w końcu jej obumarcie. Zakażenie miazgi zębowej często wikła się stanem zapalnym okostnej zęba, najczęściej na końcach korzeni: nierzadkie są wtedy i ropnie okołozębowe. Obecnie dentystyka ogromną większość przypadków zapalenia okostnej zęba leczy zachowawczo, usuwając w ten lub inny sposób ropę, odkażając i przepajając tkanki formaliną z krezolami; powstałe w następstwie braki wypełnia sztucznie i tą drogą udaje się uratować do 80 prc. zębów, które dawniej skazywane były na zagładę. Dążeniem dentysty powinno być zachowanie choćby jedynie korzeni zepsutych zębów, chronią one bowiem szczęki od zniekształtnień i służą za doskonały punkt oparcia dla zębów sztucznych. *J. L.*

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1904.

Omówił

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

B. Zakłady i urządzenia dobroczynności

w porównaniu z latami poprzedniemi niewielkim uległy zmianom. Zakładów zaopatrzenia, dających całe utrzymanie, było w r. 1904—38 (przybył 1), a było w nich 3.513 prebendaryuszy; liczba zakładów, dających częściowe utrzymanie, spadła o 4 (na 48); wreszcie były 4 zakłady, dające tylko przytułek bez utrzymania 26 osobom. Zakładów sierot było w r. 1904 41 (o 2 mniej); wychowywało się w nich 2.600 dzieci (o 1.105 mniej). I w tym roku podaje sprawozdanie tabelkę ruchu i kosztów utrzymania w tych zakładach. Natomiast niema żadnej wzmianki o stosunkach zdrowotnych. Niema też ani słowa o ochronkach. Zakład opieki nad niemowlętami we Lwowie, jedyny w kraju, mieścił 236 niemowląt († 11). Wreszcie podaje sprawozdanie tym razem kilka szczegółów o opiece nad dziećmi zaniedbanemi (zakłady: w Bobrku — 297 wychowanków, w Miejscu Piastowem — 271 i w Pawlikowicach, założony w r. 1903 — ?).

Działalność stacyi ratunkowych (pierwszej pomocy), w Krakowie i we Lwowie, szybko rosnąca, a znana dostatecznie, uległa w r. 1904 o tyle zmianie, że w Krakowie pełnić poczęli dyżury medycy płatni, kształceni przez osobnego instruktora.

Liczba kolonii wakacyjnych (10) i pomieszczonych w nich dzieci (około 1000) w roku 1904 nie zmieniła się. Kolonia w Rabce przeniosła się do nowego, obszernego budynku własnego. O korpusach wakacyjnych, istniejących niestety tylko we Lwowie, nie otrzymała Rada zdrowia żadnego sprawozdania. W Nowym Sączu odbywały się zabawy ruchowe 125 dzieci w parku Jordana. (Jak wspomnieliśmy w r. z., ustęp ten zdaje się należeć właściwie do działu 6—e: Wychowanie fizyczne młodziży). W końcu podaje Rada zdrowia (szczupłe i niezupełne) dane o bursach dla uczniów, (przybyło podobno 5 burs), o kuchniach i herbaciarniach ludowych; natomiast niema tym razem w sprawozdaniu żadnych wiadomości o domach ubogich, (resp. o funduszach, na to przeznaczonych, i ich zużytkowaniu).

8. Stosunki sanitarne w więzieniach i aresztach

poprawiają się dość powoli. W zakładzie karnym lwowskim (męzkim) było nieco mniej gruźlicy dzięki przeniesieniu w r. 1903 $^1/_4$ więźniów do zakładu stanisławowskiego i polepszeniu pożywienia. Zakład w Wiśniczu jest najmniej o $^1/_4$ przepełniony. Nowe areszta sądowe zbudowano w 7 miastach; koniecznie potrzeba nowych, odpowiednich budynków, jeszcze w 14 siedzibach sądów powiatowych; w 3 innych są budynki za ciasne i stąd stale przepełnione; w kilkunastu mają rozmaite drobniejsze wady; tylko co do 34 aresztów sądowych nie podnieśli lekarze powiatowi żadnych zarzutów. Dur plamisty pojawił się w 3 aresztach; z dobromilskiego rozkrzewiła się znaczniejsza epidemia (w 5 gminach). W r. 1903 zbadali lekarze powiatowi stan wszystkich aresztów gminnych. Stan ten jest po miastach lepszy, aniżeli po wsiach, wogóle jednak, jak wynika ze szczegółów, podanych w sprawozdaniu, nieświetny.

9. Zwalczanie chorób zakaźnych.

Rozdział ten rozpoczyna się w ostatniem sprawozdaniu pomyślną wiadomością, że w r. 1904 nie było w donoszeniu o chorobach zakaźnych »tak rażących zaniedbań, jak w roku poprzednim, nie było też wypadków groźnego rozszerzenia się epidemii z powodu zatajenia pierwszych przypadków choroby zakaźnej«. Zapewne jest to skutek energicznych zarządzeń, wydanych w r. 1903, oraz surowszego karania wójtów za zaniedbania; niemniej są jeszcze powiaty (tarnopolski), gdzie »ani

karami, ani przedstawieniami i upomnieniami nie można było skłonić ludności do wczesnego zgłaszania chorób zakaźnych«. Tym razem niema wzmianki o zaniedbaniach ze strony lekarzy we Lwowie i w Krakowie; czyżby stosunki istotnie tak się tam poprawiły?

O gminnych lokalach izolacyjnych, których w r. 1904 przybyło znowu... na prowincyi, nawet po wsiach, a nie było... ani we Lwowie, ani w Krakowie, powtórzyćby należało tesame uwagi, co w roku zeszłym. Przykrzejszą jednak jeszcze rzeczą, niż brak lub nieodpowiednie urządzenie tych lokalów w wielu jeszcze gminach, nieraz w całych powiatach (Bochnia, Krosno, Żydaczów), jest wiadomość, że z większości (42) powiatów »niema w sprawozdaniach żadnej wzmianki o takich lokalach, co dowodzi małego zainteresowania się tą sprawą — nader ważną — przeszło połowy lekarzy powiatowych« A przecież od tego »zainteresowania się« zależy w znacznej mierze poprawa stosunków!

Na szczególne podniesienie zasługuje ze wszech miar pożyteczna, od lat 4 wprowadzona innowacya: zapomogi rządowe dla chorych ubogich i izolowanych osób, z których to zapomóg zaopatrywane są osoby izolowane w żywność i wypłaca się odszkodowanie za przedmioty spalone, których nie można lub nie warto odkażać. Zapomogi te, wynoszące w r. 1901 — 3600 K., doszły w r. 1904 już 22.284 K. Równie pożyteczny jest wzrost bezpośredniej kontroli ze strony Namiestnictwa; inspektorowie sanitarni i krajowy Referent sanitarny odbyli w r. 1904 w tym celu 14 podróży do okolic, nawiedzonych epidemiami (w r. 1901—10, w r. 1902—7).

Przyrządów odkażających parowych było w r. 1904 w całym kraju 233 (o 6 mniej, niż w r. 1903: ani jednego przyrządu nie posiadał tylko powiat pilzneński), a oprócz tego 73 formalinowych. O tem jednak, jak też i jak często bywa wykonywane odkażanie, nie ma tym razem w sprawozdaniu nawet ogólnikowych wiadomości, prócz danych ze Lwowa, gdzie wykonano 2.365 odkażeń, urządzono (drugi z rzędu) kurs dla służby desynfekcyjnej, a fizyk miejski wydał też odpowiedni podręcznik. Niewątpliwie jednak uwagi nasze zeszłoroczne (zwłaszcza co do Krakowa) możnaby (niestety bez zmiany) powtórzyć i o r. 1904.

Leczenie surowicą jest co do błonicy i tym razem wspomniane dwukrotnie (na str. 21—23 i 172), chociaż możeby było praktyczniej wszystkie dane o niem zgromadzić razem w rozdziale o zwalczaniu chorób zakaźnych. Przytoczone w sprawozdaniu wyniki stosowania surowicy Moserowskiej w lwowskim szpitalu dla dzieci znane są z ogłoszonych już dawniej prac. Wreszcie podaje tu Rada zdrowia dane o działalności zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi w Krakowie, gdzie od 1. I. 1905 poczęto szczepionych pomieszczać na koszt rządu w prywatnym zakładzie Prof. Bujwida, zamiast, jak przedtem, w szpitalu św. Łazarza.

W ustępie o zwalczaniu gruźlicy podaje sprawozdanie wiadomość o zawiązaniu się w r. 1904 we Lwowie, »Stowarzyszenia dla walki z gruźlicą i popierania budowy domów zdrowia dla dotkniętych tą chorobą« (które zresztą niewiele aż po r. b. dało znaków życia i dopiero teraz ma otworzyć jedno dyspensatoryum) i o uchwaleniu w tymże roku przez Sejm 10.000 K. na zapomogi dla chorych, leczących się w domu zdrowia w Zakopanem.

Zwalczanie endemii kiły w kosowskiem i nadwórniańskiem omówione było dokładnie w poprzednich sprawozdaniach aż do połowy r. 1904. W drugiej połowie tego roku przybyło do 3.045 osób, leczonych przez 2 poprzednie lata, dalszych 571; z tych wszystkich chorych leczono 3.061 ambulatoryjnie, a 555 na koszt rządowy w tymczasowym szpitalu w Żabiu. Za wyleczonych uznano w kosowskiem 79·2% leczonych, w nadwórniańskiem 86·2%. Oprócz tego leczono w r. 1904 w szpitalach powszechnych 3.726 chorych na kiłę. Z podanego w sprawozdaniu zestawienia według powiatów i miejscowości wynika, że (o ile z liczby chorych, leczących się w szpitalach wnosić można) była kiła najwięcej rozpowszechniona w powiatach peczeniżyńskim (2·28‰ ludności), dolińskim (1·68), kołomyjskim (1·54) i stanisławowskim (1·50). Sprawozdanie wytyka, że właściwie tylko w pow. dolińskim i stryjskim starali się lekarze rządowi wyśledzić chorych na kiłę, gdzieindziej zaś ograniczali się conajwyżej do zbadania osób, które im przedstawiano jako chore.

Z rozdziału o szczepieniu ochronnem od ospy (słusznie przeniesionym do tej części sprawozdania) wynika, że z dzieci zdatnych do szczepienia (300.597) zaszczepiono w r. 1904 — 91% (tyleż co w r. 1903). Uderza przykro okoliczność, że najwięcej dzieci (38·8%) uchyla się od szczepienia w stolicy kraju, w m. Lwowie i to od szeregu lat! Już lepiej jest w powiecie drohobyckim (23·0% nieszczepionych): trzecie miejsce zajmuje m. Kraków (18%), chociaż r. 1904 przyniósł tu poprawę. Pomyślny wynik miało szczepienie w 90·2%, ujemny w 4%, nieznany w 5·8%. Rewakcynowano w r. 1904, 164.854 dzieci 10-letnich, z nich 80·7 z wynikiem dodatnim: prócz tego zaszczepiono w całym kraju przy przyjęciu do szkoły 9.557 dzieci, które nie miały widocznych blizn szczepiennych; wreszcie z powodu pojawienia się ospy szczepiono z konieczności i rewakcynowano 2.235 osób w 7 powiatach (zwłaszcza w kolbuszowskiem — 1.265). Za szczepienia w r. 1904 zapłacił fundusz krajowy 115.679 K. (średnio za jedno szczepienie z rewizyą 28 h.) oprócz kosztów szczepienia z konieczności, które ponosi rząd. Dwa krajowe zakłady krowiankowe dostarczyły 455.900 porcyi krowianki.

Namiestnictwo powołało w r. 1904 »komisyę w celu przedstawienia wniosków ku zwalczaniu chorób zakaźnych, w szczególności duru plamistego«, złożoną z 9 członków (z nich tylko jeden z prowincyi, reszta ze Lwowa) pod przewodnictwem Prof. Gluzińskiego. Uchwały komisyi poda dopiero przyszłe sprawozdanie za r. 1905.

Ofiarą przy zwalczaniu chorób zakaźnych padło w r. 1904 pięciu lekarzy: 3 rządowych, a 2 okręgowych: Dr Zierhofer, Jastrzębski, Stasina, Budzynowski i Iwański. Z nich 4 zmarło na dur plamisty, jeden na dur brzuszny. W czterech latach (1901—1904) opłaciła więc Galicya swoje stanowisko »przedmurza sanitarnego« Austryi życiem trzynastu lekarzy..

Koszta zwalczania chorób nagminnych, poniesione przez skarb państwa, a wynoszące w r. 1900 197.083 i odtąd stale wzrastające, doszły w r. 1904 do kwoty 381.880 K. w ciągu lat pięciu wzrosły więc w dwójnasób.. (Dok. nast.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Lekarze, a kółka rolnicze. Zarząd powiatowy Kółek rolniczych w Przemyślu zwrócił się do lekarzy przemyskich z propozycyą, by członków Kółek leczyli za zniżonem honoraryum, ofiarując w zamian poparcie tym lekarzom, którzyby propozycyę przyjęli. Izba lek. wschodnio-galicyjska, której lekarze przemyscy sprawę tę przedłożyli, oświadczyła się przeciw przyznawaniu opustu członkom Kółek, ponieważ nie są one instytucyą humanitarną i znaczna część ich członków należy do ludzi zamożniejszych. Dr Mikołajski, uzasadniając dokładniej orzeczenie Izby (Głos lek. 9) podnosi nadto, że ofiarowane przez Zarząd Kółek »poparcie« tych lekarzy, którzyby obniżyli honorarya, wpłynęłoby na ogólny spadek wynagrodzenia lekarskiego poniżej możliwych granic, a byłoby rodzajem faktorstwa zorganizowanego. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do 31. III. 1908	396,282	177,676
W kwietniu 1908	3,895	3,000
razem .	400,177	180,676

Dr Żydłowicz, administrator.

Zwalczanie partackich środków ułatwia wydany przez austr. ministerstwo spraw wewn. spis środków, zakazanych w Austryi, jakoteż leków, dopuszczonych do ogólnego obrotu w aptekach. Spis ten można nabywać wprost w c. k. nadwornej i państwowej Drukarni w Wiedniu po cenie 15 h za egzemplarz. By powstrzymać anonsowanie tych środków, rozesłało Namiestnictwo gal. (4. IV. 1908, L. 35,862/VI. b) spis ten do redakcyi pism i t. d. *R.*

W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych zabiera głos »Kuryer lwowski« (Nr 199), wyrażając przekonanie, że byłoby korzystniej, gdyby dostosowanie przyszłej ustawy do warunków galicyjskich nie było pozostawione jedynie rozporządzeniu wykonawczemu władz centralnych, lecz gdyby »właśnie z powodu odrębności stosunków przyznano tu ustawodawstwu krajowemu jak najszerszą ingerencyę w granicach ogólnych postanowień ustawy państwowej«. Autor artykułu sądzi także, że od czasu, gdy pojawiła się myśl ankiety krajowej w tej sprawie, ankieta taka bez szkody dla rzeczy mogła była się odbyć. *R.*

Uwagi o szpitalnictwie niemieckiem w porównaniu z naszymi stosunkami, jako sprawozdanie, przedstawione Krajowej Radzie Zdrowia 4. IV. b. r., ogłasza Dr J. Starzewski, dyrektor szpitala lwowskiego. Prócz dawniej sobie znanych szpitali wrocławskich zwiedził Dr Starzewski w czasie wycieczki na ostatni niemiecki Zjazd higieniczny 9 szpitali w Berlinie, Hamburgu, Poznaniu i Dreznie. Omawiając w pierwszym artykule swym (Tyg. lek. 18) opiekę nad chorymi, zauważa Dr S., że właściwa opieka lekarska w niemieckich szpitalach nie różni się wiele od naszej; w Niemczech panuje tylko większy rygor i subordynacya, dokładniej pilnuje się godzin służby i lepiej wyzyskuje materyał szpitalny; natomiast stosunek lekarzy do chorych jest zimny i sztywny. W Niemczech wzorowo działa instytucya nadzorczyń (Schwester), zawodowo przez 2 lata kształconych i umiejętnie spełniających zarządzenia lekarzy, (gdy nasze Siostry zakonne są kształcone tylko w.... przepisach reguły zakonnej, nie odbywają żadnej praktyki, przebywają na oddziele tylko kilka godzin dziennie i nie asystują przy operacyach), oraz służba niższa, również zawodowo kształcona i dobrze płatna, zależna tylko od zarządu szpitala, z prawem do awansów, emerytur i urlopów dorocznych, (gdy u nas rekrutuje się ona z nieokrzesanych parobków i dziewek, jest płatna źle i t. d.). *R.*

Doniosłość higieny. Br. Dr Takaki, wysoki funkcyonaryusz w wojskowej służbie zdrowia w Japonii, ogłosił ciekawe dane statystyczne w sprawie śmiertelności w wojnie japońsko-chińskiej i w niedawnej kampanii rosyjsko-japońskiej. W pierwszej wojnie zapadło na cholerę 82,77‰, a zmarło 50,86‰ żołnierzy, w drugiej wojnie żaden żołnierz ani nie zachorował, ani nie umarł. Na dur chorowało w pierwszej wojnie 37,14‰, a zmarło 10,98‰, gdy w drugiej wojnie odpowiednie liczby wynosiły 9,26‰ i 5,16‰. Podobnie co się tyczy zimnicy wynosiły liczby te w pierwszej wojnie 102,58‰ i 5,29‰, a w drugiej tylko 1,96‰ i 0,07‰. Uderzające te różnice zawdzięczała armia japońska wyłącznie ulepszeniom higienicznym. *Stahr.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 26. IV. do 2. V. 1908 doniesiono o 42 przypadkach duru plamistego w 18 gminach, a mianowicie: m. Lwów 1, pow. Bohorodczany (Dźwiniacz 10), Brzeżany (Krasna 2), Jaworów (Czernilawa 1, Drohomyśl 2, Hruszowice 1), Kamionka (Witków nowy 2, Majdan stary 8), Lisko (Jaworzec 2), Podhajce (Nowosiółka 1), Rawa (Biała 2), Skałat (Połupanówka 1, Okno 1), Sokal (Tartaków 3), Zborów (Pleśniany 2, Presowce 1), Żółkiew (Dobrosin 2), o 2 przypadkach ospy w Kwaczale pow. Chrzanów, oraz o 2 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Humem wyżnem p. Turka. *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 26 IV. do 2. V. 1908 urodziło się dzieci żywo 57, nieżywo 1; zmarło osób 70 (w tem obcych 36), z nich z gruźlicy 13 (5), zapalenia płuc 7 (3), błonicy 3 (3), odry 4 (4). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. IV. do 2. V. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 3 (tem obcych 6 † 3), krztuśca 2, płonicy 3 (2), odry 7 † 4 (3 † 4), duru brzusznego 2 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 19. IV. do 2. V. 1908 zgłoszo przypadków: błonicy 8 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 5, płonicy 54 † 9 (6 † 3), odry 9, duru osutkowego 5 † 1 (3 † 1), duru brzusznego 8 (2), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), nagm. zapalenia opon 2, czerwonki 1. *Dr Leg.*

Śmiertelność w m. Łodzi w marcu 1908 wynosiła 680, z tego 289 (51)[1]) wypada na choroby zakaźne, zaś 391 (95) na choroby niezakaźne.

A) Choroby zakaźne: gruźlica 82 — dzieci 18 (5): dorośli 64 (16), gruźlicze zapalenie opon 26 — 26 (3): 0, ospa 89 — 86 (2): 3 (1), odra 11 — 11 (2): 0, krwawa biegunka 2 — 2: 0, róża 4 — 1: 3 (2), dur brzuszny 9 — 5 (0): 4 (1), zapalenie płuc 54 — 43 (11): 11 (5) błonica 9 — 9 (2): 0, grypa 1, krztusiec 2; razem dzieci 203 (25), dorosłych 86 (26).

B) Choroby niezakaźne: nieżyt jelit 46 — 43 (14): 3 (1), nieżyt dróg oddechowych 46 — 44 (10): 2 (0), wady serca 28 — 1: 27 (10), nowotwory 21 — 1 (1): 20 (4), uwiąd starczy 33 (5), nieżywo urodzonych 46 (8), rany postrzałowe 10 (4), rany cięte 4 (1), rozmaite 147 — 73 (27): 74 (10). Ogółem 218 (60) dzieci i 173 (35) dorosłych.

Śmiertelność dzieci do śmiertelności dorosłych miała się jak 421 : 259, ten sam stosunek u żydów 85 : 61. *Dr Bartoszewicz.*

[1]) Liczby w nawiasie odnoszą się do ludności żydowskiej.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 6. V. b. r. posiedzenie, na którem po demonstracyi Prof. Kostaneckiego, Dr T. Janiszewski wykładał o dyspensatoryach dla chorych na gruźlicę. W dyskusyi przemawiali Prof. Kostanecki, Ciechanowski i Dr Gertler.

— Polskie Towarzystwo balneologiczne odbyło Walne Zgromadzenie w d. 3. V. b. r. Do Wydziału zoatali wybrani: Dr Kaden (Rabka), Pelczar (Truskawiec), Regiec (Rymanów), Wąsowicz i Zathey (Krynica), do komisyi kontrolującej Dr Czop (Jaworze) i Dr Zychoń (Zakopane). Uchwalono, by Wydział, jako komitet gospodarczy, starał się urządzić z końcem września r. b. Zjazd balneologów polskich we Lwowie lub Zakopanem, połączony ze zwiedzeniem zdrojowisk galicyjskich. Delegatem do komisyi, zajmującej się popieraniem przemysłu krajowego, wybrano Dra Zanietowskiego. W końcu uchwalono jednomyślnie następującą rezolucyę: »Walne Zgromadzenie Polskiego Tow. balneologicznego, zebrane po raz pierwszy po bolesnej ustawie o wywłaszczeniu w uroczystym dniu 3 maja, wzywa wszystkich lekarzy, aby popierali jedynie polskie zdrojowiska, a gdyby w danym wypadku żadne z naszych zdrojowisk nie było odpowiednie dla pacyenta, polecali inne, a nie pruskie. Równocześnie zwraca się Towarzystwo do polskiego społeczeństwa, aby pozbyło się niesłusznych nieraz uprzedzeń do naszych zdrojowisk, a w poczuciu obowiązku patryotycznego miało dla nich więcej wyrozumiałości przy porównaniu tychże z zagranicznemi«.

— Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci, utrzymujące szpital im. św. Ludwika w Krakowie i kolonię leczniczą w Rabce, wydało sprawozdanie za r. 1907. W roku tym przeszła znajdująca się w szpitalu klinika pedyatryczna w ręce prof. Dra Lewkowicza, kierownictwo szpitala w ręce Dra Fr. Murdzieńskiego, a dotychczasowy dyrektor szpitala, Czcigodny prof. Dr Jakubowski, mianowany został przez Towarzystwo honorowym kuratorem szpitala. Płace lekarzy szpitalnych i służby zostały podwyższone. Wprowadzono w życie fundusz żelazny rekonwalescentów szpitala św. Ludwika, który w roku 1907 dobiegł kwoty 20,000 K.; z rokiem bieżącym przeto rozpocznie się zużywanie odsetek tego funduszu na wsparcia (odzież, przyrządy ortopedyczne) dla dzieci, opuszczających szpital. W kolonii rabczańskiej zwiększono liczbę miejsc z 80 na 90. Towarzystwo miało z końcem r. 1907 okrągło 100 członków; czysty majątek Tow. wynosił 424,498 K., z tego w dziale Towarzystwa 25,309, w dziale szpitala 306,329, w dziale kolonii 92,859. Rachunek funduszu bieżącego Towarzystwa zamyka się w dochodach i wydatkach kwotą 24,882 K., rachunek szpitala kwotą 67,874 K., kolonii 22,622 K. W ambulatoryum leczono 5,047 dzieci, stale 1221 przez 35,680 dni szpitalnych.

— Liczba słuchaczy medycyny w półroczu zimowem 1907/8 wynosiła 486 (420 słuchaczy i 38 słuchaczek zwyczajnych, 16 słuchaczy nadzw., 12 hospitantek). Co do likzby słuchaczy zajmował wydział lekarski krakowski trzecie miejsce w Austryi; przed nim szły Wiedeń (1898 słuchaczy), Praga, wydział czeski (551), po nim Graz (356), Praga, wydział niemiecki (305), Lwów (258, mianowicie 216 słuchaczy i 34 słuchaczek zwyczajnych, 8 słuchaczy nadzw.), Insbruk (188).

— Komisarz rządowy, zarządzający tymczasowo miastem Muszyną, podał do wiadomości Towarzystwa lek. krak., że wskutek śmierci dotychczasowego lekarza zachodzi gwałtowna potrzeba lekarza dla Muszyny i okolicy. Lekarz w Muszynie osiadły może uzyskać posady: kolejową (1400 K. rocznie), sądową (240 K.) miejską (500 + 200 K.), a dochody z praktyki dochodzić mogą do 3000 K.

Lwów. Na posiedzeniu krajowej Rady Zdrowia w d. 2 maja 1908 przedmiotem obrad były: 1) mianowanie docenta higieny w seminaryum naucz. w Kołomyi; 2) sprawa grobowca prywatnego w Polance wielkiej; 3) sprawa wzorów na sprawozdania lekarzy okręgowych z podróży peryodycznych; 4) sprawozdanie R. Dw. Dra J. Merunowicza z międzynarodowego Zjazdu higienicznego, który odbył się w Berlinie w czasie od 22 do 30 września 1907. *T.*

— Wobec tego, że myśl utworzenia we Lwowie »Kropli mleka« upadła, podnosi »Kuryer lwowski« (Nr 198) sprawę utworzenia biur porady dla matek, schronisk dla karmiących matek, ciężarnych i dla podrzutków, oraz żłobków, którą to sprawę poruszył Dr St. Progulski w »Tygodniku lek.«.

— Pogotowie ratunkowe lwowskie, znajdujące się w trudnych warunkach finansowych, przejść ma w zarząd Towarzystwa polikliniki powszechnej, które podejmuje się utrzymać Pogotowie, jeśli gmina udzieli 20,000 K. rocznej subwencyi. Układ

ten prawdopodobnie dojdzie do skutku, bo gdyby gmina miała objąć Pogotowie we własny zarząd, musiałaby poświęcić na nie przeszło 60.000 K. rocznie.

— Krajowy »Komitet ochrony dzieci« we Lwowie zorganizował się podobnie, jak takiż komitet w Krakowie. Do komisyi pedagogiczno-lekarskiej wybrano z lekarzy R. Dw. Dra J. Merunowicza i Dra Kociubę. Do dwóch innych komisyi (prawniczej i administracyjnej) nie wszedł nikt z lekarzy.

— »Vocho de Kuracistoj«, miesięcznik lekarski w języku esperanto, wydawany przez Dra Mikołajskiego, zrazu jako dodatek do »Głosu lekarzy«, zaczyna obecnie wychodzić samoistnie. Wydany w ten sposób właśnie Nr 3 zawiera artykuły Dra Mikołajskiego, Zamenhofa i Róbina (Warszawa), prof. Martina i Souliera (Lyon), Dra Szydłowskiego i Golimonta (Rosya). Miesięcznik został życzliwie przyjęty przez pisma lekarskie francuskie, amerykańskie i rosyjskie i zyskał sobie już czytelników w różnych krajach na obu półkulach. Pismu życzyć należy dalszego rozwoju, który nie byłby i dla naszych lekarzy bez znaczenia, ułatwiając stosunki z lekarzami całego świata i wyzwalając z pod przeważnego wpływu niemczyzny.

— Jubileusz cesarski postanowił Wydział powiatowy w Buczaczu uczcić wybudowaniem szpitala, którego koszt ma wynosić 300.000 K.

Warszawa. Ambulatoryum miejskie we Włocławku w roku 1907 udzieliło 2800 bezpłatnych porad 1521 chorym. Utrzymanie ambulatoryum kosztowało 560 rb,, dochody wynosiły 466 rb. (w tem 400 rb. od miasta). Jedna porada z lekarstwami i opatrunkami kosztowała 20 kop.

— W dniu 9-go maja b. r. o godzinie 7 wieczorem w sali Towarzystwa muzycznego w Siedlcach odbędzie się zebranie organizacyjne Towarzystwa lekarskiego gub. Siedleckiej. W imieniu członków-założycieli występuje Dr St. Wąsowski.

Nowemu Towarzystwu lekarskiemu przesyła Redakcya »Przeglądu lekarskiego« najszczersze życzenia pomyślnego rozwoju.

— Prezesem Towarzystwa higienicznego w Płocku obrany został Dr Aleksander Maciesza, wiceprezesem Dr Aleksander Zaleski.

— Dom przedpogrzebowy (»morga«) warszawski zostanie ukończony i otwarty prawdopodobnie w d. 1. X. b. r.

— W Warszawie praktykuje obecnie 982 lekarzy cywilnych, oprócz tego zaś około 20 nie wykonywa praktyki.

IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich 6—10. VI. b. r. w Pradze. Do honorowego prezydyum Zjazdu zostali zaproszeni prof. Eiselt, Frič, rektor uniw. prof. Goll, starosta m. Pragi Dr Groš, prof. Hlava, Chodounsky, Koláček, inż. Křižik, rektorowie obu politechnik czeskich w Pradze i Bernie prof. Nowotny i Grimm, JE. minister prof. Randa, prof. Preis, Reinsberg, Solin, Vrba. Przewodniczącym komitetów narodowych są: bułgarskiego Dr Russev, chorwackiego Dr Ćačković, polskiego R. Dw. prof. Dr Wicherkiewicz, serbskiego Dr Danič. Komitet rosyjski nie podał swego przewodniczącego, słoweński jeszcze się nie ukonstytuował. Wszelkich wyjaśnień udziela kancelarya Zjazdu w Pradze (Vladislova ul. 14). Uczestników Zjazdu zgłosiło się dotąd 484.

Z różnych stron. Statystyka, zebrana wśród studentów uniwersytetu w Petersburgu stwierdza, że corocznie 33 prc. (10,000, z ogólnej liczby 30,000) zapada na choroby weneryczne; 66 prc. używa wyskoku, 90 prc. tytoniu. *S.*

— Zjazd lekarski im. Pirogowa odbędzie się w Petersburgu, (a nie w Odessie, jak to pierwotnie zamierzano). *S.*

— Na wniosek prof. Bechtjerewa odbędzie się wkrótce w Petersburgu Zjazd psychologów i neurologów, który będzie obradować nad programem nauk w nowo otworzonym Instytucie psycho-neurologicznym. *S.*

— Za łapownictwo pozbawiony został praw i skazany na rok rot aresztanckich Dr Karmiłow, »rzeczywisty radca stanu, honorowy lejb-medyk, gubernialny inspektor lekarski petersburski«, który za pieniądze wydawał jako inspektor pozwolenia na otwieranie aptek. *S.*

Mianowani: Dr Schlank asystentem kliniki położniczej w Krakowie; Dr B. Zaleski i M. Wernic bezpłatnymi lekarzami ambulatoryum szpitala św. Łazarza w Warszawie;

Doc. Mohr z Berlina profesorem nadzw. medycyny wewn. w Halle.

Zmarli: B. Prof. chemii Béchamp w Montpellier;

emer. lekarz sztabowy generalny Dr Władysław Zgórski-Kotwicz w Wiedniu; Dr Franciszek Wychowski w 47 r. ż. w Płocku; Dr Leonard Orzechowski, b. sekundaryusz szpitala św. Ludwika, potem praktykujący w Tarnobrzegu — we Lwowie.

Redakcya otrzymała: Bartoszewicz: Autan — nowy preparat Dra Eichengrüna dla otrzymania pary formaldehydu w celach dezynfekcyi. Now. lek. 1908. — XXXV. Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za rok 1907. — Papée: 1) Kiła u prostytutek we Lwowie. Przegl. chor. skórn. 1908. 2) O reformie prostytucyi. Tyg. lek. 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Walne zgromadzenie Galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się **dnia 30. maja 1908 o godz. 6 wieczorem** w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska, l. 11).

Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Kwiatkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Wnioski wydziału w sprawie stosunku Kasy do Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy galicyjskich. 5) Ewentualne wnioski członków.

W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Dr Lilien, sekretarz. *Dr Festenburg*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Ferroplasma (sproszk. *rumex crispus*). Prof. Forlanini (Gazzetta Medica Italiana. Pawia, 1907, Nr 31—33) ogłasza korzystne wyniki stosowania tego przetworu (wyrobu firmy H. Vivien) w niedokrwistości, stwierdzając wzrost liczby ciałek czerwonych krwi o 2,000,000 w ciągu 20 dni, wzrost ilości hemoglobiny, brak niekorzystnego wpływu na przewód pokarmowy Do podobnych wniosków dochodzi prof. Gilbert i Dr Lereboullet (odczyt w Soc. de biologie, maj, 1906). Także u gruźliczych stosowano »ferroplasma« z korzyścią. *Ra. W.*

China-Blutan nazywa fabryka Helfenberg A. G. nowy rodzaj swego przetworu, wolnego od wyskoku »liquor ferromang. pepton.« z wyciągiem z kory chinowej. Riess otrzymał przy użyciu tego przetworu wyniki korzystne i wyraża się o nim następująco: »China-Blutan łączy zalety łatwo strawnego przetworu żelazistego ze skrzepiającymi, ciepłotę lekko obniżającymi ilościami wyciąga chinowego. Zawartość hemoglobiny zwiększa się u chorych szybko bez objawów niekorzystnego odczynu. Stosowałem środek ten u niedokrwistych wszelkiego rodzaju, w kile dziedzicznej, histeryi, połogu. U chłopca chorego na pląsawicę otrzymałem bardzo dobry wynik.« (Kl. Therap. Wochenschr. 1908, Nr 8). *S. W.*

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Kosów.

Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").

Szczawnica.

Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon.**

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zaklad i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger" VII.).

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza".